



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA MOLECOLARE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE

INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

EMERGENZA NELL'EMERGENZA: ANALISI DELLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI NEI PRONTO SOCCORSO VENETI

LAUREANDA

DANIZA IMPOSTI

MATRICOLA: 2090293

RELATORE

PROF. FEDERICO NALESSO

ANNO ACCADEMICO

2023-2024



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA MOLECOLARE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE

INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

EMERGENZA NELL'EMERGENZA: ANALISI DELLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI NEI PRONTO SOCCORSO VENETI

LAUREANDA

DANIZA IMPOSTI

MATRICOLA: 2090293

RELATORE

PROF. FEDERICO NALESSO

ANNO ACCADEMICO

2023-2024

Indice

Elenco delle tabelle	v
Elenco delle sigle	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUZIONE	1
1 BACKGROUND	5
1.1 Revisione della letteratura sulla violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso	7
1.2 Le molteplici forme di violenza	9
1.3 Le cause nascoste dietro la violenza	10
1.4 Violenza e impatto sulla qualità dell'assistenza nei Dipartimenti d'Emergenza	11
1.5 Strategie di prevenzione della violenza contro gli operatori sanitari . . .	12
1.6 Prevenzione e coinvolgimento del personale	14
2 MATERIALI E METODI	17
2.1 Materiali	17
2.2 Metodi	19
2.2.1 <i>Campionamento</i>	19
2.2.2 <i>Setting dello studio</i>	19
2.2.3 <i>Procedura di raccolta dati</i>	20

3	CONSIDERAZIONI ETICHE E PROTEZIONE DEI DATI	21
4	ANALISI DEI DATI	23
4.1	Metodologia statistica	23
4.2	Standard per la presentazione dei risultati	24
4.3	Descrizione delle variabili del campione	24
5	RISULTATI	33
5.1	La frequenza degli episodi di violenza	34
5.2	Caratteristiche della violenza verbale	35
5.3	Caratteristiche della violenza fisica	36
5.4	Localizzazione e tipo di lesioni	38
5.5	Chi commette atti di violenza	39
5.6	Caratteristiche o situazioni della persona violenta	39
5.7	Distribuzione degli episodi di violenza per aree del Pronto Soccorso	40
5.8	Risposta di chi è vicino all'episodio di violenza	41
5.9	Sistemi di segnalazione	43
5.10	Fattori ambientali e strutturali	46
5.11	Effetti della violenza su gratificazione e motivazione lavorativa	47
5.11.1	<i>Desiderio di lasciare il posto di lavoro</i>	48
5.11.2	<i>Pensiero di cambiare Unità Operativa</i>	50
5.11.3	<i>Richieste di trasferimento</i>	51
5.12	Analisi bivariata dell'incidenza della violenza	51
5.13	Analisi delle differenze di genere e età nella percezione della violenza	52
5.14	Influenza delle esperienze di violenza sulle decisioni professionali degli operatori sanitari di Pronto Soccorso: analisi ANOVA e Test del Chi-Quadrato	53
6	DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	55
6.1	Sintesi dei risultati	56

6.2	Analisi dei commenti liberi sulla violenza	57
6.2.1	<i>Sicurezza e protezione</i>	57
6.2.2	<i>Gestione delle attese e comunicazione</i>	58
6.2.3	<i>Responsabilità aziendale</i>	58
6.2.4	<i>Effetti della violenza</i>	59
6.2.5	<i>Proposte di soluzione</i>	59
6.3	Discussione	60
6.4	Proposte innovative	60
6.5	Prospettive future	61
6.6	Conclusioni finali	62

BIBLIOGRAFIA **62**

ALLEGATI

ALLEGATO 1: QUESTIONARIO QuIN16VIPs 1.0	
ALLEGATO 2: QUESTIONARIO UTILIZZATO NEL PRESENTE STUDIO	
ALLEGATO 3: INFORMATIVA E CONSENSO DELLA PRIVACY	

Elenco delle tabelle

1.1	Quesito secondo la metodologia P&PICO e key words utilizzate per la ricerca in letteratura	7
4.1	Consenso della privacy	25
4.2	Distribuzione del genere (N=258 partecipanti)	26
4.3	Distribuzione età	26
4.4	Statistiche descrittive per l'età	28
4.5	Anzianità lavorativa degli operatori sanitari (N=258)	29
4.6	Statistiche descrittive per l'anzianità lavorativa	29
4.7	Frequenze e percentuali degli anni di anzianità specifica in PS	30
4.8	Statistiche descrittive per l'anzianità di servizio specifica in PS	30
4.9	Ruolo attuale in Pronto Soccorso (N=258)	31
5.1	Distribuzione delle risposte alla domanda: "Ha mai assistito, ossia è stato testimone, di violenza verso suoi colleghi?" ordinata in base alla tipologia di violenza	34
5.2	Distribuzione delle risposte sugli episodi di violenza subiti negli ultimi 12 mesi da parte di pazienti o accompagnatori	35
5.3	Frequenze delle tipologie di violenza verbale subita	35
5.4	Tipologia di violenza fisica subita	37
5.5	Parti del corpo coinvolte nella violenza fisica	38
5.6	Tipologia di lesioni subite	39
5.7	Chi commette atti di violenza	39

5.8	Caratteristiche o situazioni legate agli atti di violenza	40
5.9	Aree coinvolte negli atti di violenza	41
5.10	Frequenze di relazioni tra altri pazienti e astanti rispetto agli atti di violenza	43
5.11	Sistemi e modalità di segnalazione nelle aziende sanitarie	46
5.12	Caratteristiche ambientali presenti nel PS: Frequenze e percentuali or- dinate alfabeticamente	47
5.13	Frequenze delle emozioni provate dagli operatori sanitari (in ordine al- fabetico)	49
5.14	Impatto della violenza sulla gratificazione lavorativa	49
5.15	Impatto della violenza sulla motivazione lavorativa	49
5.16	Intenzione di abbandonare il posto di lavoro dopo episodi di violenza .	50
5.17	Pensiero di cambiare unità a seguito di episodi di violenza	50
5.18	Inoltro di domanda di trasferimento a motivo di episodi di violenza . .	51
5.19	Tabella riassuntiva dei dati osservati e frequenze attese	52
5.20	Risultati del test del Chi-quadrato	52
5.21	Risultati dei test statistici per la correlazione tra tipologia di violenza, genere ed età	53
5.22	Risultati dell'ANOVA sulle Differenze di Genere	54
5.23	Risultati del Test Chi-quadrato per la Richiesta di Trasferimento	54

Elenco delle sigle

AULSS	Azienda Unità Sanitaria Locale Socio-Sanitaria
HCWs	Healthcare Workers
ICN	International Council of Nurses
ILO	International Labour Organization
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
NIOSH	National Institute for Occupational Safety & Health
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OS	Operatore Sanitario
OSS	Operatori Socio Sanitari
P&PICO	Problem, Population, Intervention, Comparison, Outcome
PS	Pronto Soccorso
PSI	Public Services International
SIMES	Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità
U.O.	Unità Operativa
WMA	World Medical Association

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso rappresenta una preoccupazione crescente a livello globale, poiché si configura come un fenomeno sempre più diffuso e dannoso per l'assistenza sanitaria. Questo fenomeno non solo compromette la sicurezza dei professionisti coinvolti, ma anche l'integrità delle istituzioni sanitarie stesse; numerosi studi hanno infatti evidenziato come l'aumento dell'aggressività nei luoghi di lavoro comporti conseguenze gravi, sia a livello individuale che organizzativo [97, 44].

Secondo l'International Council of Nurses (ICN), gli operatori sanitari sono maggiormente esposti ad atti di violenza rispetto ad altre categorie professionali a rischio, come le guardie carcerarie e gli agenti di polizia [57]. La World Medical Association ha inoltre dichiarato la violenza nei confronti dei professionisti sanitari un'emergenza internazionale, a causa del suo impatto destabilizzante sui sistemi sanitari e sulla salute dei pazienti [96]. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riferito che una percentuale significativa degli operatori sanitari, compresa tra l'8% e il 38%, subisce violenza fisica nel corso della propria carriera. Questo sottolinea la necessità di un'analisi approfondita del fenomeno, con particolare attenzione alla sua manifestazione nei Pronto Soccorso.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale di questo studio è condurre un'analisi comparativa tra il fenomeno della violenza nei Pronto Soccorso a livello internazionale e italiano, con un focus specifico sulla Regione Veneto.

Gli obiettivi specifici includono:

1. Raccogliere e analizzare dati attraverso una revisione della letteratura sulla violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso, sia a livello internazionale

- che italiano, con particolare attenzione alla Regione Veneto;
2. Identificare le similitudini e le differenze nella natura e nella frequenza degli episodi di violenza tra diversi contesti internazionali e italiani;
 3. Esaminare i fattori scatenanti e le dinamiche sottostanti alla violenza contro gli operatori sanitari, comprendendo i contesti e le tipologie di violenza;
 4. Valutare le politiche e le misure preventive adottate a livello internazionale e italiano per contrastare la violenza nei Pronto Soccorso, con l'obiettivo di individuare best practices.

MATERIALI E METODI

Lo studio ha utilizzato un approccio metodologico basato sulla somministrazione di un questionario standardizzato rivolto a medici, infermieri e operatori socio-sanitari delle Unità Operative Complesse di Pronto Soccorso nella Regione Veneto. Il campione è stato selezionato in base a criteri di volontarietà e adesione alle normative sulla privacy. I partecipanti, inoltre, sono stati incoraggiati a fornire risposte accurate e complete, al fine di garantire la qualità dei dati raccolti.

I dati sono stati analizzati utilizzando metodi statistici per garantire l'accuratezza e l'affidabilità dei risultati.

RISULTATI

La violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso della Regione Veneto è diffusa e preoccupante. Quasi il 99,6% degli intervistati ha dichiarato di aver subito violenza, con una predominanza di episodi verbali (48,6%) e una notevole presenza di violenza combinata (verbale e fisica) nel 49,4% dei casi. Il 70,9% ha riportato di aver subito violenza verbale nell'ultimo anno, dimostrando che questa è la forma più frequente di aggressione, mentre la violenza fisica è meno comune, rappresentando solo l'1,6%. È emersa una carenza significativa di formazione adeguata nella gestione della violenza, indicando un bisogno urgente di miglioramento dei programmi di formazione.

CONCLUSIONI

La violenza nei Pronto Soccorso è un problema complesso che richiede un approccio integrato e multidimensionale. Migliorare la comunicazione e la fiducia tra il personale sanitario e i pazienti è fondamentale, così come rafforzare le misure di sicurezza. È essenziale implementare strategie preventive efficaci e programmi di formazione per creare un ambiente lavorativo più sicuro per gli operatori sanitari.

INTRODUZIONE

Nel contesto complesso e articolato del sistema sanitario globale, il Pronto Soccorso (PS) si distingue come un ambiente dinamico e costantemente sotto pressione, dove i professionisti della salute operano in prima linea per affrontare emergenze mediche con prontezza, rapidità e straordinaria dedizione. Il PS riveste un ruolo cruciale nella riduzione della mortalità e delle complicanze legate alle emergenze, contribuendo in modo significativo a salvare vite umane e a migliorare le prognosi dei pazienti.

La presenza capillare del Pronto Soccorso sul territorio garantisce un accesso tempestivo ai servizi sanitari, riducendo i tempi di risposta e aumentando le probabilità di sopravvivenza in situazioni critiche. In una prospettiva più ampia, il PS sostiene la sostenibilità del sistema sanitario, prevenendo il sovraccarico delle strutture ospedaliere e permettendo una gestione più efficiente delle risorse disponibili. Attraverso la sua funzione di filtro, il PS indirizza i pazienti verso i percorsi di cura più appropriati, ottimizzando l'impiego delle risorse sanitarie.

Il Pronto Soccorso rappresenta quindi un pilastro insostituibile del sistema sanitario, fornendo risposte rapide ed efficaci alle emergenze mediche e svolgendo un ruolo determinante nella tutela della salute e della vita umana. La sua importanza va riconosciuta e valorizzata come elemento essenziale per il benessere collettivo e la sicurezza sanitaria della società moderna.

Tuttavia, dietro questa facciata di efficienza e operatività, il PS nasconde sfide significative che devono essere affrontate quotidianamente. Gli operatori sanitari, nonostante l'impegno e la dedizione, si trovano a gestire un ambiente ad alta pressione che impone ritmi frenetici e carichi di lavoro intensi, spesso causando elevati livelli di stress fisico e mentale. La necessità di prendere decisioni rapide e di trattare un'ampia varietà di casi urgenti aumenta la tensione, con potenziali conseguenze sulla salute mentale dei professionisti e sulla qualità delle cure erogate. A questo si aggiungono la scarsità di

personale e risorse limitate, che rendono difficile garantire un adeguato supporto agli operatori, mentre l'affollamento e i tempi di attesa prolungati aggravano la frustrazione di pazienti e familiari.

Tra le problematiche più preoccupanti, vi è la crescente minaccia della violenza contro gli operatori sanitari. Questi professionisti, impegnati a fornire cure salvavita, sono sempre più esposti ad aggressioni verbali, fisiche e psicologiche da parte di pazienti stressati o familiari preoccupati.

La violenza rappresenta non solo una minaccia per la sicurezza degli operatori, ma anche un fattore destabilizzante che compromette l'ambiente di lavoro e la qualità delle cure. Questa "Emergenza nell'Emergenza" costituisce un ostacolo crescente alla missione del PS, sollevando interrogativi fondamentali sulla sicurezza, il benessere e la qualità delle cure erogate. La violenza contro gli operatori sanitari richiede pertanto una risposta immediata e sostenuta.

È sconcertante constatare che molti infermieri, medici e professionisti del Pronto Soccorso si trovano a confrontarsi con un "lato oscuro" del loro lavoro, rappresentato dalla violenza [46].

Questa situazione è talmente diffusa che alcuni operatori arrivano a percepirla come un destino "inevitabile", o addirittura come una "parte del lavoro" [67, 38].

Sebbene la violenza sul posto di lavoro colpisca ogni settore, quello sanitario risulta particolarmente vulnerabile [54]. Secondo l'International Council of Nurses (ICN), gli operatori sanitari hanno maggiori probabilità di essere attaccati rispetto alle guardie carcerarie o agli agenti di polizia [33].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) denuncia la violenza contro gli operatori sanitari come una minaccia crescente e inaccettabile, con gravi ripercussioni sulla qualità delle cure e sulla salute pubblica [64]. Affrontare questa sfida richiede una risposta coordinata da parte delle istituzioni, della società e della comunità scientifica. Il crescente interesse internazionale per la sicurezza degli operatori sanitari è evidenziato da un ampio corpus di letteratura scientifica, che sottolinea l'urgenza di adottare un approccio sistemico e globale a questa problematica.

La normalizzazione della violenza nel contesto del Pronto Soccorso riflette una disfunzione più ampia nella percezione e gestione delle emergenze sanitarie. Gli operatori

sanitari dovrebbero poter esercitare la loro vocazione senza timore di subire violenze o rappresaglie, e l'accettazione di tale violenza come parte integrante del lavoro evidenzia una preoccupante mancanza di rispetto e sicurezza nell'ambiente lavorativo. È fondamentale riconoscere questa ingiustizia e lavorare insieme per spezzare questo ciclo. Garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso per i professionisti della salute è essenziale per consentire loro di continuare a svolgere il loro ruolo cruciale nella protezione della salute pubblica.

L'analisi comparativa dei dati internazionali, nazionali e regionali proposta in questo elaborato mira a delineare un quadro completo delle tendenze, delle differenze culturali e delle best practices esistenti. Lo studio delle strategie adottate in contesti diversi ha l'obiettivo di identificare approcci efficaci per prevenire e gestire la violenza nei Pronto Soccorso, contribuendo così a un corpus di conoscenze utile a orientare interventi mirati e migliorare la situazione nella nostra realtà regionale.

Capitolo 1

BACKGROUND

Questo capitolo si propone di offrire un'analisi dettagliata delle Unità di Emergenza, concentrandosi in particolare su un aspetto critico: la violenza contro i professionisti sanitari.

La scelta di approfondire questo argomento è stata ispirata dalle esperienze maturate durante i tirocini formativi del percorso di Laurea Triennale in Infermieristica, specialmente nell'area di Emergenza-Urgenza. Durante questi tirocini, ho avuto modo di osservare da vicino le difficoltà quotidiane che gli operatori sanitari affrontano, tra cui la crescente minaccia della violenza da parte di pazienti e familiari.

Queste esperienze dirette hanno avuto un impatto significativo, stimolando una riflessione approfondita sul tema e influenzando la scelta del focus della mia tesi di Laurea Magistrale.

La violenza contro gli operatori sanitari non solo rappresenta un rischio per la loro sicurezza fisica e psicologica, ma influisce negativamente anche sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sull'efficacia delle cure nei contesti di emergenza.

L'obiettivo di questo capitolo è analizzare in maniera sistematica la problematica, esplorando le cause, le dinamiche e le conseguenze della violenza nelle Unità di Emergenza. Attraverso un approccio critico e scientifico, si mira a identificare strategie efficaci per prevenire e gestire tali episodi, promuovendo così un ambiente di lavoro sicuro e sostenibile per gli operatori sanitari.

Questo studio intende contribuire alla creazione di un quadro di conoscenze utili per

orientare le politiche sanitarie e sviluppare interventi mirati che possano migliorare le condizioni di lavoro e, di conseguenza, la qualità delle cure erogate.

La metodologia di ricerca bibliografica adottata per questo lavoro è stata condotta in modo sistematico ed esaustivo, seguendo il modello P&PICO (Problem, Population, Intervention, Comparison, Outcome) come guida per la struttura della revisione (*Tabella 1.1*).

Questo approccio ha permesso di esplorare il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso attraverso una lente scientifica e rigorosa.

La ricerca è stata svolta utilizzando piattaforme accademiche rinomate, tra cui PubMed, CINAHL e Google Scholar, assicurando una copertura ampia e multidisciplinare delle fonti più rilevanti.

Le parole chiave utilizzate sono state attentamente selezionate per riflettere con precisione il focus della ricerca, ovvero la violenza nei confronti degli operatori sanitari e le dinamiche specifiche dei contesti di emergenza-urgenza.

Per raffinare ulteriormente la ricerca, sono stati impiegati gli operatori booleani AND e OR, che hanno permesso di combinare i termini in modo strategico, garantendo una selezione accurata e completa degli articoli pertinenti.

Il processo di inclusione ed esclusione degli studi è stato guidato da criteri rigorosi, con un'attenzione particolare alla qualità metodologica delle ricerche selezionate. Questo approccio ha assicurato che solo studi di alta qualità, capaci di offrire contributi rilevanti e significativi al tema investigato, fossero inclusi nell'analisi.

È importante evidenziare che le informazioni raccolte in questo elaborato provengono anche da fonti nazionali e internazionali autorevoli, tra cui l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la World Medical Association (WMA). Questo approccio conferisce un valore aggiunto alla ricerca, poiché permette di inquadrare il fenomeno all'interno di un contesto sia globale che nazionale, ampliando la prospettiva dell'analisi. L'integrazione di dati provenienti da diverse aree geografiche e contesti istituzionali consente di individuare tendenze e variazioni significative, offrendo una visione comparativa più completa del fenomeno trattato.

Tabella 1.1: Quesito secondo la metodologia P&PICO e key words utilizzate per la ricerca in letteratura

POPULATION	PROBLEM	INTERVENTION	COMPARISON	OUTCOME (ESITO)
Operatori sanitari di Pronto Soccorso della Regione Veneto	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Esplorare i fattori che possono influenzare la violenza, compresi, ma non limitati a, aspetti organizzativi, protocolli di sicurezza, formazione del personale e misure preventive adottate.	Confrontare l'entità e la natura di questa specifica violenza con dati a livello internazionale e italiano, considerando contesti simili o differenziati.	Promuovere e proporre strategie di prevenzione e gestione della violenza
Operatori sanitari di Pronto Soccorso	Violenza	Gestione		Sicurezza
Emergency Nurses	Abuse	Approach	Safe working	
Emergency personnel	Violent behaviour(s)	Strategy (ies) to manage	Protection(s)	
Emergency doctors	WPV (Workplace violence)	Aggression(s)		

1.1 Revisione della letteratura sulla violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso

Il fenomeno della violenza contro i professionisti sanitari rappresenta una sfida globale, diffusa in ogni nazione, con particolare gravità nei Paesi in via di sviluppo, dove le risorse e i servizi sanitari sono spesso insufficienti. La letteratura scientifica evidenzia che le professioni maggiormente esposte a episodi di violenza sul luogo di lavoro sono gli infermieri, seguiti dai medici.

In una revisione sistematica pubblicata nel gennaio 2022, Chakraborty e colleghi hanno individuato otto temi principali attraverso cui è possibile interpretare e descrivere la violenza contro infermieri e medici, focalizzandosi su aspetti quali tipologia e prevalenza delle aggressioni, gruppi vulnerabili, luoghi all'interno delle strutture sanitarie in cui si verificano gli episodi di violenza e strategie di mitigazione adottate [12].

Il World Report on Violence and Health del 2002 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) offre una visione approfondita della natura della violenza, sottolineando che, nonostante sia stata una costante nella storia umana, "il mondo non deve accettar-

la come una parte inevitabile della condizione umana” [61]. Questa posizione riflette l’urgenza di contrastare il fenomeno, in particolare nei contesti sanitari, dove la violenza contro il personale rappresenta una questione di rilevanza critica.

L’analisi della letteratura accademica relativa alla violenza nei Pronto Soccorso rivela la complessità della problematica, mettendo in luce le cause, gli effetti sul personale e le potenziali soluzioni. Diversi studi confermano la natura globale del fenomeno, evidenziando la necessità di interventi su larga scala per fronteggiare il problema e proteggere il personale sanitario. L’OMS ha inoltre qualificato la violenza sul luogo di lavoro come una "epidemia globale", in grado di influire negativamente sulla permanenza del personale nelle strutture sanitarie e sulla qualità dell’assistenza erogata [63].

Questi dati confermano l’importanza cruciale di adottare strategie efficaci per prevenire e gestire la violenza contro gli operatori sanitari, garantendo al contempo la continuità e la sicurezza delle cure. È dunque essenziale promuovere un ambiente lavorativo sicuro, investire in programmi di prevenzione e sensibilizzazione, nonché sviluppare politiche sanitarie che proteggano il personale da episodi di violenza.

Uno degli studi più vasti sul tema della violenza contro i professionisti sanitari è rappresentato dalla revisione sistematica condotta da Spector e colleghi nel 2014, che ha analizzato i dati provenienti da 160 centri in tutto il mondo e coinvolto oltre 150.000 infermieri [84]. I risultati di questo studio hanno evidenziato che circa un terzo degli operatori sanitari subisce violenza fisica, mentre circa due terzi sono vittime di violenza psicologica o verbale, dimostrando l’ampia diffusione del fenomeno, indipendentemente dal contesto lavorativo. La geografia appare influenzare la frequenza degli episodi, con una maggiore prevalenza nei Paesi anglosassoni, probabilmente dovuta a una cultura della segnalazione più radicata.

In Italia, numerosi studi confermano l’aumento della violenza contro i professionisti della salute, con percentuali significative di episodi segnalati. Le ricerche indicano che una parte rilevante di infermieri e medici, soprattutto nei Pronto Soccorso, ha sperimentato episodi di violenza sia verbale che fisica.

Questi dati, in linea con quelli internazionali, sottolineano la necessità di affrontare il problema attraverso strategie di prevenzione e intervento mirate, volte a garantire la sicurezza e il benessere degli operatori sanitari [45, 11, 71].

Più di vent’anni fa, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), insieme all’Inter-

national Labour Organization (ILO), all'International Council of Nurses (ICN) e al Public Services International (PSI), ha sviluppato le Linee Guida Quadro per affrontare la violenza sul luogo di lavoro nel settore sanitario [95, 60].

Queste direttive, tradotte anche in italiano, hanno avuto lo scopo di promuovere la creazione di politiche per la prevenzione della violenza nei contesti sanitari non emergenziali [58]. Sono stati inoltre elaborati questionari e protocolli di studio per indagare l'entità e le conseguenze della violenza sul posto di lavoro [32, 68].

Nonostante l'adozione di tali linee guida, la necessità di misure di prevenzione e protezione rimane oggi di primaria importanza. Secondo l'OMS, tra l'8% e il 38% degli operatori sanitari ha subito almeno un episodio di violenza fisica nel corso della propria carriera, evidenziando la gravità della situazione [95]. Inoltre, fino al 62% dei professionisti sanitari riferisce di aver subito qualche forma di violenza, con l'abuso verbale come manifestazione più comune (58%), seguito da minacce (33%) e molestie sessuali (12%) [60, 62, 85].

Un problema significativo è rappresentato dalla sotto-denuncia degli episodi di violenza e dalla mancanza di richiesta di aiuto da parte degli operatori durante o dopo gli attacchi. Alcuni studi recenti stimano che fino al 70-80% degli episodi non venga denunciato, nonostante le principali organizzazioni internazionali come l'OMS e l'ILO stimino che il fenomeno riguardi fino al 50% degli operatori sanitari. Questo tasso elevato di sotto-denuncia suggerisce una sfiducia diffusa nei sistemi di segnalazione o una cultura organizzativa che non facilita la denuncia degli episodi di violenza [61, 59, 5, 98, 20, 66].

Risulta essere allora sempre più imperativo implementare interventi concreti per creare ambienti di lavoro sicuri, ridurre il rischio di violenza e sostenere chi lavora in prima linea nell'assistenza sanitaria.

1.2 Le molteplici forme di violenza

Secondo la definizione del National Institute for Occupational Safety & Health (NIOSH), “la violenza comprende atti diretti verso persone in servizio o sul posto di lavoro, che possono includere aggressioni fisiche e minacce di aggressione” [6]. La gamma delle tipologie di violenza sul luogo di lavoro spazia dal linguaggio offensivo o minaccioso fino all'omicidio.

Fondamentale è trattare nel seguente elaborato le diverse configurazioni di violenza che i professionisti della salute possono incontrare nel corso del loro lavoro. Seguendo la classificazione di Hesketh et al. (2003), questa si può categorizzare in varie forme, che includono:

- aggressione fisica (es. essere spinti, colpiti, ricevere sputi);
- tentativo di aggressione (verbale o scritta con intenzione di recare danno);
- aggressione emotiva, che si esplicita con atteggiamenti dannosi (insulti, gesti, umiliazione davanti al gruppo di lavoro, coercizione);
- molestia sessuale verbale (domande intime non desiderate o richiami di natura sessuale);
- violenza sessuale (qualsiasi contatto o atto sessuale forzato).

Queste categorie illustrano la varietà di situazioni violente con cui gli operatori sanitari possono essere confrontati nel loro ambiente lavorativo. Le forme di violenza verbale più frequenti sono insulti e urla; mentre ricevere una spinta è la forma di violenza fisica più frequente [31].

1.3 Le cause nascoste dietro la violenza

Il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari è complesso e influenzato da una serie di fattori interconnessi che vanno oltre la semplice interazione tra pazienti e personale. Diversi studi dimostrano che la violenza tende a verificarsi più frequentemente durante i periodi di maggiore attività e interazione, come l'ora dei pasti, le visite e il trasporto dei pazienti [4].

Gli atti violenti possono essere scatenati da diverse circostanze, ad esempio quando viene negato un servizio, quando i pazienti sono ricoverati contro la loro volontà o quando gli operatori tentano di imporre limiti al consumo di cibo, bevande o sostanze come alcol e tabacco. Inoltre, si ipotizza che la violenza verbale sia prevalentemente perpetrata da individui con uno stato mentale stabile, mentre la violenza fisica tenda ad essere associata a aggressori con limitazioni cognitive [23].

Comprendere le cause profonde della violenza contro gli operatori sanitari è essenziale per sviluppare strategie di prevenzione e intervento efficaci, al fine di garantire un ambiente di lavoro sicuro e protetto per tutto il personale. Le tipologie di violenza riportate includono aggressioni fisiche, minacce verbali, abusi sessuali, molestie etniche,

mobbing, bullismo, comportamenti intimidatori e altre forme di abuso [18]. Questi episodi possono essere alimentati da fattori come l'eccessivo tempo di attesa per le prestazioni sanitarie, aspettative irrealistiche da parte dei pazienti, scarsa comunicazione con il personale, carenze strutturali nell'ambiente di lavoro e la mancanza di politiche di sicurezza adeguate [1, 28, 81, 16, 72, 80].

Particolarmente rilevanti sono fattori come la carenza di personale, il sovraccarico di lavoro, la gestione di pazienti con disturbi mentali o sotto l'effetto di sostanze, la mancanza di formazione specifica per il personale e l'alto turnover, tutti elementi che aumentano il rischio di violenza [51].

Inoltre, la sottodenuncia degli episodi di violenza contribuisce ad aggravare il problema, soprattutto in combinazione con altri fattori di rischio, come il consumo di alcol e droghe da parte dei pazienti, l'accesso incontrollato dei visitatori e le lunghe attese nelle strutture sanitarie [14, 70, 21].

Infine, evidenze statistiche mostrano una correlazione significativa tra la violenza psicologica subita dagli operatori sanitari e l'assenteismo per malattia, mettendo in luce gli effetti negativi che la violenza sul luogo di lavoro può avere sulla salute e sul benessere del personale [55].

1.4 Violenza e impatto sulla qualità dell'assistenza nei Dipartimenti d'Emergenza

Nel contesto dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, la violenza rappresenta un grave ostacolo alla qualità dell'assistenza e al benessere degli operatori sanitari.

Come sottolineato nel documento *Preventing Violence against Health Workers*, gli atti di violenza contro il personale sanitario sono inaccettabili: non solo hanno un impatto devastante sul benessere fisico e psicologico degli operatori, ma compromettono anche la loro motivazione professionale. Di conseguenza, la qualità dell'assistenza viene messa a rischio, influenzando negativamente sulla sicurezza e sulla continuità delle cure. Oltre a ciò, la violenza genera significative perdite economiche nel settore sanitario.

L'ambiente di lavoro ostile creato dalla violenza mette a repentaglio non solo la sicurezza e la salute degli operatori, ma anche la qualità complessiva delle cure offerte nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza. La presenza di episodi di violenza può instaurare

un clima di paura e insicurezza tra il personale sanitario, limitando la loro capacità di operare con efficacia e di prendersi cura dei pazienti in modo ottimale.

Inoltre, la costante minaccia di aggressioni influisce negativamente sulla motivazione e sull'umore degli operatori, aumentando il rischio di burnout e di altre conseguenze psicologiche.

Per queste ragioni, è essenziale adottare misure concrete e mirate per prevenire e contrastare la violenza nei Pronto Soccorso, al fine di garantire un ambiente di lavoro sicuro e di preservare la qualità dell'assistenza erogata.

1.5 Strategie di prevenzione della violenza contro gli operatori sanitari

La violenza contro gli operatori sanitari (Healthcare Workers, HCWs) rappresenta un problema grave che richiede un approccio proattivo e innovativo per prevenirne l'insorgenza e mitigarne gli effetti. In Italia, così come in altri Paesi, sono state avviate diverse iniziative per contrastare questo fenomeno. Tuttavia, è chiaro che sono necessarie ulteriori strategie per proteggere il personale sanitario e garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso.

Tra le prime misure adottate in Italia, spicca l'emissione da parte del Ministero della Salute della "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", pubblicata nel novembre 2007 [49]. Questo documento rappresenta un passo significativo nella tutela degli operatori, ma l'esigenza di implementare ulteriori politiche di prevenzione e sicurezza rimane cruciale per affrontare in modo efficace il fenomeno della violenza negli ambienti sanitari.

Inoltre, dal 2006, gli episodi di violenza sono stati inclusi tra gli eventi sentinella segnalati al Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), consentendo un monitoraggio più accurato del fenomeno e l'implementazione di interventi mirati [48, 49].

Nonostante gli sforzi intrapresi, i dati riportati nei Rapporti del Ministero della Salute mostrano un preoccupante aumento degli episodi di violenza contro gli operatori sanitari [50]. È quindi evidente la necessità di implementare ulteriori misure per contrastare questo fenomeno e garantire la protezione del personale sanitario.

Una delle strategie fondamentali per affrontare la violenza consiste nel promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale. È cruciale informare l'opinione pubblica riguardo al problema della violenza contro gli operatori sanitari e favorire una maggiore comprensione e rispetto verso il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e i suoi professionisti. Un aumento della consapevolezza sociale potrebbe contribuire a ridurre l'incidenza degli attacchi, migliorando il rispetto reciproco e la collaborazione tra pazienti e personale sanitario [18].

Inoltre, per contrastare efficacemente la violenza sul luogo di lavoro, è indispensabile promuovere una cultura della segnalazione e della prevenzione all'interno delle strutture sanitarie. La formazione e la sensibilizzazione devono essere garantite in modo omogeneo a tutti gli operatori sanitari e sociosanitari, fornendo loro le competenze necessarie per gestire situazioni di violenza e prevenire tali episodi [18]. Questo approccio non solo aumenterebbe la consapevolezza del fenomeno, ma potrebbe anche favorire una revisione delle dinamiche di relazione tra operatori e pazienti, incentivando una maggiore collaborazione e un'alleanza terapeutica più solida.

Per garantire l'efficacia delle misure di prevenzione adottate, è essenziale disporre di strumenti adeguati per il monitoraggio e la valutazione. La Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute (2007) e il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 offrono importanti linee guida a tal fine. Tuttavia, è necessario continuare a valutare e aggiornare regolarmente tali misure per assicurarsi che rimangano efficaci nel contrastare la violenza contro gli operatori sanitari, promuovendo così un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso.

In conclusione, per affrontare in modo completo e risolutivo il problema della violenza contro gli operatori sanitari, è indispensabile adottare un insieme integrato di strategie, tra cui: campagne di sensibilizzazione rivolte al pubblico, formazione specifica per il personale sanitario, promozione della cultura della segnalazione e del lavoro di squadra, nonché il costante monitoraggio e aggiornamento delle misure di prevenzione. Solo attraverso un impegno congiunto e coordinato sarà possibile tutelare efficacemente il personale sanitario e garantire un ambiente di lavoro sicuro nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

1.6 Prevenzione e coinvolgimento del personale

Dall'analisi delle iniziative nazionali e internazionali volte a contrastare questo problema, emergono diverse linee guida e strategie mirate a proteggere il personale sanitario e a garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso.

A livello nazionale, il Ministero della Salute ha emanato raccomandazioni specifiche per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari, includendo tali episodi tra gli eventi sentinella da segnalare al Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Tuttavia, nonostante questi interventi, i dati indicano un trend crescente di episodi di violenza, evidenziando la necessità di ulteriori azioni.

A livello internazionale, organizzazioni come l'OMS hanno promosso linee guida e iniziative globali per contrastare la violenza contro gli HCWs. Tuttavia, è evidente che rimane molto lavoro da fare per affrontare in modo efficace questo fenomeno su scala globale.

Per identificare le strategie più adatte a contrastare la violenza contro i professionisti della salute nel nostro territorio, si propone la somministrazione di un questionario a tutti gli operatori sanitari a livello regionale. Questo strumento è stato progettato per raccogliere dati sulle esperienze di violenza sul luogo di lavoro, valutare l'efficacia delle attuali misure di prevenzione e identificare eventuali aree di miglioramento.

Il questionario adottato, già validato e utilizzato nella letteratura scientifica, garantisce affidabilità e validità. Esso è strutturato per coinvolgere direttamente medici, infermieri e operatori sociosanitari nel processo decisionale, offrendo una panoramica completa delle sfide e delle necessità specifiche del contesto locale. Attraverso l'analisi dei dati raccolti, questo lavoro mira a individuare le strategie più promettenti per migliorare la protezione degli operatori sanitari e sviluppare interventi mirati ed efficaci.

Inoltre, il questionario include domande aperte, permettendo ai partecipanti di proporre idee e suggerimenti innovativi per affrontare il problema della violenza sul luogo di lavoro.

Questo approccio "bottom-up" favorisce il coinvolgimento attivo del personale sanitario nel processo di miglioramento continuo, consentendo di sviluppare soluzioni su misura

per le esigenze specifiche della regione.

L'implementazione di un questionario partecipativo come questo permette di ottenere una comprensione più approfondita del fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari, e di sviluppare strategie efficaci per garantire un ambiente di lavoro sicuro e rispettoso.

In conclusione, la ricerca di metodi efficaci per prevenire e gestire la violenza contro gli operatori sanitari rappresenta una sfida complessa che richiede un impegno congiunto a livello nazionale e regionale. Attraverso l'adozione di un questionario mirato e partecipativo, è possibile ottenere una visione più chiara del fenomeno e sviluppare strategie concrete per proteggere il personale sanitario e migliorare la sicurezza e il rispetto nei contesti professionali.

Capitolo 2

MATERIALI E METODI

In questo capitolo viene illustrata la metodologia utilizzata per lo studio sulla violenza contro gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso della Regione Veneto.

L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di ottenere dati validi e affidabili al fine di migliorare la comprensione e la gestione di questo rilevante fenomeno.

Vengono descritti i materiali impiegati, le modalità di campionamento adottate, il processo di raccolta dei dati e le analisi statistiche condotte per l'elaborazione e l'interpretazione dei risultati.

2.1 Materiali

I materiali impiegati nell'esecuzione dello studio comprendono:

1. Questionario QuIN16VIPs 1.0: concepito per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza nei confronti degli infermieri di Pronto Soccorso (*Allegato 1*), rappresenta uno strumento standardizzato precedentemente impiegato per raccogliere dati sulla violenza in questo contesto. Nella presente ricerca, è stato adattato e utilizzato secondo necessità (*Allegato 2*);
2. Piattaforma di distribuzione online: durante lo svolgimento dello studio, è stato adottato un approccio online per la distribuzione del questionario ai partecipanti, avvalendosi di Google Moduli come piattaforma. I coordinatori infermieristici delle Unità Operative (U.O.) coinvolte hanno ricevuto il link del questionario tramite mail istituzionale, successivamente condiviso con tutti i colleghi della propria U.O. La compilazione del questionario, subordinata al consenso esplicito e alla previa lettura dell'informativa sul trattamento dei dati personali, richiede circa dieci minuti ed è stata resa possibile attraverso un link dedicato fornito ai partecipanti;

3. Software statistici: per condurre l'analisi dei dati raccolti, sono stati utilizzati i software statistici di Excel e Jamovi. Tale scelta è stata motivata dalla necessità di condurre analisi qualitative e quantitative, descrittive e comparative in modo il più completo e approfondito possibile. L'impiego di questi strumenti ha consentito di esplorare i dati in dettaglio e di ottenere risultati il più affidabili e significativi possibili per la presente ricerca.

Il questionario QuIN16VIPs 1.0, utilizzato per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso, è suddiviso in otto sezioni, ciascuna delle quali è progettata per raccogliere informazioni dettagliate su diversi aspetti del fenomeno della violenza e delle sue implicazioni.

1. Sezione anagrafica: questa sezione raccoglie i dati demografici e professionali dei partecipanti, includendo informazioni su genere, età, titoli di studio, anzianità di servizio (sia nel Pronto Soccorso che in generale), ruolo attuale e tipologia di turno;
2. Caratteristiche del servizio di Pronto Soccorso: qui vengono indagati elementi strutturali e organizzativi del PS, come la regione in cui è situato, il numero annuo di accessi, l'eventuale presenza di modelli di risposta per le urgenze minori e le caratteristiche ambientali, con un'attenzione particolare alle misure antiviolenza;
3. Rilevazione degli eventi violenti: questa sezione raccoglie informazioni su episodi di violenza verbale e/o fisica, sia subiti che osservati, con domande riguardanti la frequenza, le modalità, i luoghi di occorrenza, le lesioni riportate e le azioni intraprese successivamente all'aggressione;
4. Tipologia degli aggressori: si focalizza sull'identificazione degli aggressori, distinguendo tra pazienti e accompagnatori, ed esplora le condizioni che possono favorire o precipitare gli episodi di violenza, nonché le aree del PS in cui avvengono più frequentemente le aggressioni;
5. Effetti immediati della violenza: questa sezione indaga le reazioni immediate degli altri presenti durante l'aggressione, le misure adottate nei confronti dell'aggressore e le risorse disponibili per fronteggiare tali situazioni;
6. Segnalazione degli eventi violenti: qui si esplorano le modalità di segnalazione degli episodi di violenza, la presenza di procedure specifiche, i destinatari delle segnalazioni e le modalità operative utilizzate per riportare gli eventi;
7. Formazione sulla gestione della violenza: questa sezione si concentra sulla preparazione degli operatori sanitari nel gestire situazioni violente, con domande

sulla partecipazione a corsi di formazione e sulla frequenza degli aggiornamenti riguardanti la gestione della violenza e la comunicazione difficile;

8. Effetti successivi della violenza: infine, l'ultima sezione esplora gli impatti emotivi e professionali della violenza, inclusi sentimenti negativi, perdita di motivazione, eventuale desiderio di abbandonare la professione e l'effetto sulla gratificazione lavorativa. Viene inoltre offerta la possibilità di esprimere un commento libero sulla violenza nei confronti dei professionisti sanitari di Pronto Soccorso.

Questo questionario è stato progettato per offrire una visione ampia e dettagliata del fenomeno della violenza verso il personale infermieristico, permettendo un'analisi approfondita delle dinamiche, delle cause e delle conseguenze di questi episodi nei contesti di emergenza-urgenza.

2.2 Metodi

2.2.1 *Campionamento*

Il campione di questo studio è stato selezionato attraverso un approccio opportunistico basato sulla partecipazione volontaria. Sono stati esclusi i soggetti che hanno espresso la volontà di non partecipare o che non hanno accettato le condizioni di privacy relative alla raccolta dei dati.

La selezione è avvenuta tra gli operatori sanitari impiegati nei Pronto Soccorso delle Aziende Unità Sanitaria Locale Socio-Sanitaria (AULSS) del Veneto che hanno aderito allo studio. Inoltre, sono stati esclusi dal campione tutti i professionisti che non hanno completato interamente il questionario somministrato, poiché la completezza e l'accuratezza delle risposte erano fondamentali per garantire la validità e l'affidabilità dei dati raccolti.

2.2.2 *Setting dello studio*

Il setting prescelto per lo studio è incentrato sulle U.O. di PS della Regione Veneto.

2.2.3 *Procedura di raccolta dati*

La raccolta dei dati è stata condotta attraverso la somministrazione del questionario QuIN16VIPs 1.0, appositamente adattato per rispondere alle esigenze specifiche dello studio. Il questionario è stato distribuito agli operatori sanitari tramite piattaforme online, garantendo una compilazione in forma anonima e sicura.

Prima di accedere al questionario, ai partecipanti è stata fornita un'informativa dettagliata che spiegava la natura dello studio e le modalità di trattamento dei dati personali, in conformità alle normative vigenti sulla privacy. L'accesso al questionario è stato consentito esclusivamente a coloro che hanno espresso esplicitamente il loro consenso informato (*Allegato 3*).

Questa procedura ha garantito la protezione dei diritti dei partecipanti, oltre a raccogliere dati validi e accurati per l'analisi del fenomeno oggetto di studio.

Capitolo 3

CONSIDERAZIONI ETICHE E PROTEZIONE DEI DATI

Il presente studio è stato condotto nel pieno rispetto dei principi etici e delle normative vigenti in materia di privacy, con l'obiettivo prioritario di garantire la tutela dei partecipanti in ogni fase della ricerca. La riservatezza e l'anonimato dei partecipanti sono stati assicurati tramite misure rigorose e sistematiche, progettate per prevenire l'identificazione diretta o indiretta degli individui coinvolti.

Prima dell'inizio della partecipazione, ogni soggetto ha fornito il consenso informato tramite un modulo scritto, redatto in un linguaggio chiaro e accessibile. Il modulo ha illustrato in modo dettagliato gli obiettivi dello studio, le procedure di raccolta dati, le modalità di trattamento degli stessi, e le misure di sicurezza adottate per garantirne la protezione.

È stato esplicitamente dichiarato che i dati raccolti sarebbero stati utilizzati esclusivamente a scopi di ricerca scientifica, nel pieno rispetto delle normative vigenti.

La partecipazione è stata completamente volontaria, e ai partecipanti è stato garantito il diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza subire alcuna conseguenza negativa. Il processo è stato condotto con la massima trasparenza, fornendo una chiara comprensione degli scopi della ricerca, delle modalità di raccolta e utilizzo dei dati, e dei diritti dei partecipanti.

Durante l'intera durata dello studio, è stata assicurata una vigilanza costante per ga-

rantire la piena conformità con il Regolamento UE 2016/679 (GDPR). La protezione della privacy e dei diritti dei partecipanti è stata una priorità fondamentale, non solo per aderire agli standard legali, ma anche per mantenere l'integrità e l'affidabilità del progetto di ricerca. La fiducia dei partecipanti è stata riconosciuta come un elemento cruciale per il successo della ricerca.

Inoltre, il rispetto dei principi etici ha incluso un impegno alla trasparenza nella comunicazione dei risultati.

I dati sono stati presentati in modo accurato e onesto, senza alcuna distorsione o manipolazione. Sono state adottate misure rigorose per garantire che le pubblicazioni derivanti dallo studio preservassero l'anonimato dei partecipanti, garantendo la protezione della loro privacy anche dopo la conclusione della ricerca.

In conclusione, questo studio è stato condotto con un rigoroso impegno verso l'etica e la protezione dei dati, assicurando che ogni fase rispettasse i più elevati standard di integrità e di tutela dei partecipanti. L'adozione di queste misure ha consentito la realizzazione di una ricerca scientifica affidabile e valida, ponendo al centro la protezione dei diritti e della privacy degli individui coinvolti.

Capitolo 4

ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati rappresenta una fase cruciale nello sviluppo della ricerca scientifica, permettendo la traduzione di informazioni raccolte in conoscenze significative e applicabili, analizzando i dati e fornendo risposte alle ipotesi formulate in precedenza.

Nell'ambito del presente studio sulla violenza nei confronti degli HCWs nei PS del Veneto, l'obiettivo principale è stato esplorare e comprendere le complesse dinamiche che caratterizzano tali eventi critici. L'analisi ha posto particolare enfasi su variabili chiave come la frequenza e la tipologia degli episodi di violenza, le differenze nei comportamenti aggressivi in relazione a diverse caratteristiche demografiche e cliniche, e le strategie di prevenzione e gestione adottate dal personale sanitario.

4.1 Metodologia statistica

Per descrivere le caratteristiche di base degli intervistati, sono state impiegate misure statistiche descrittive, tra cui frequenze, percentuali, medie, deviazioni standard, valori minimi e massimi. Questi metodi hanno consentito di delineare un quadro completo della popolazione studiata, evidenziando le distribuzioni delle variabili demografiche e professionali degli operatori sanitari.

Per valutare l'associazione tra l'esposizione alla violenza e le variabili categoriali, è stato utilizzato il test del chi-quadro. Questa tecnica ha permesso di verificare se le differenze osservate nelle frequenze di episodi di violenza fossero statisticamente significative.

Sono state condotte le seguenti analisi per approfondire le dinamiche della violenza nei Pronto Soccorso:

- **Analisi delle differenze di genere e di età**

Questa analisi ha permesso di esaminare se esistessero differenze significative nella percezione della violenza in base al genere e all'età degli operatori. Sono stati utilizzati test del Chi-quadro e ANOVA per confrontare le medie e le distribuzioni tra i gruppi;

- **Influenza della violenza sulle decisioni professionali**

È stata condotta un'analisi per valutare l'impatto degli episodi di violenza sulle decisioni professionali degli operatori sanitari, come il desiderio di cambiare unità o lavoro. Anche in questo caso è stato utilizzato il test del chi-quadro per determinare la significatività delle differenze tra i gruppi.

Queste analisi hanno fornito un quadro multidimensionale del fenomeno della violenza nei Pronto Soccorso, permettendo di evidenziare fattori critici e suggerendo aree di intervento mirato per la protezione degli operatori sanitari.

I dati sono stati elaborati attraverso analisi qualitative, quantitative e descrittive utilizzando software statistici di Excel e Jamovi [89, 69, 25, 75, 76].

4.2 Standard per la presentazione dei risultati

Per la conduzione del presente studio e la successiva presentazione dei risultati, è stato adottato lo standard STROBE [87, 92, 91].

Questo approccio metodologico garantisce il rigore scientifico e la trasparenza nel reporting degli studi osservazionali, assicurando che tutte le fasi della ricerca siano condotte e descritte secondo criteri riconosciuti a livello internazionale.

4.3 Descrizione delle variabili del campione

Il disegno dello studio è stato progettato per garantire una rappresentatività adeguata della realtà veneta, ottenendo una copertura significativa.

Sono stati contattati telefonicamente tutti i Pronto Soccorso coinvolti, e il personale sanitario complessivo riferito delle varie UO coinvolte nella ricerca comprendeva 750 operatori.

Alla presente ricerca hanno aderito 258 HCWs. Di questi, 251 (97,3%) hanno dato il loro consenso al trattamento dei dati, mentre solo 7 (2,7%) hanno scelto di non partecipare.

Questo alto tasso di adesione sottolinea l'importanza attribuita dai partecipanti alla privacy e alla protezione dei propri dati personali, in linea con quanto emerso in studi precedenti [83] (*tabella 4.1*).

Consenso alla privacy	Frequenza (n)	Percentuale (%)
Acconsento	251	97.3%
Non acconsento	7	2.7%

Tabella 4.1: Consenso della privacy

Per calcolare e garantire la significatività statistica, sono stati utilizzati i seguenti parametri:

- livello di confidenza del 95%;
- intervallo di confidenza del 5%;
- numerosità dell'universo pari a 750.

La numerosità campionaria utile per ottenere risultati statisticamente significativi risulta essere quindi di 255 partecipanti allo studio.

La mancata adesione di una piccola parte dei partecipanti può rappresentare un potenziale bias che potrebbe influenzare i risultati complessivi dello studio. Sebbene il numero di coloro che hanno rifiutato il consenso sia esiguo rispetto a coloro che hanno aderito al progetto, è comunque un fattore da considerare attentamente nell'interpretazione dei dati.

È possibile che il rifiuto di partecipare sia stato motivato da esperienze personali di violenza o da una sfiducia nei confronti delle istituzioni, il che potrebbe riflettere atteggiamenti o caratteristiche distinti rispetto a quelli dei partecipanti consenzienti. In particolare, se chi ha rifiutato fosse stato una vittima di violenza, questo potrebbe aver portato a una sottostima della prevalenza e della gravità degli episodi di violenza riscontrati nello studio. Questo aspetto evidenzia ulteriormente la necessità di adottare strategie efficaci per garantire un alto tasso di adesione, riducendo al minimo i possibili

bias.

In contesti sanitari, dove la fiducia nelle procedure di gestione dei dati è cruciale, risulta fondamentale creare un ambiente che incoraggi la partecipazione, soprattutto per le vittime di violenza, al fine di ottenere una rappresentazione accurata e completa del fenomeno studiato.

Genere	Frequenza (n)	Percentuale (%)
N-Miss	7	—
Femmina	162	64.5%
Maschio	89	35.5%

Tabella 4.2: Distribuzione del genere (N=258 partecipanti)

Il campione analizzato è composto principalmente da donne, con 162 partecipanti (64,5%), rispetto agli uomini che sono 89 (35,5%). Questa distribuzione rispecchia la composizione tipica del personale sanitario, caratterizzata da una prevalente presenza femminile [8]. Tale tendenza è ampiamente documentata a livello globale, dove le donne rappresentano una quota significativa delle professioni sanitarie [95].

La maggiore partecipazione femminile riflette una realtà consolidata nel settore, in cui le donne continuano a svolgere un ruolo predominante (*tabella 4.2*).

Considerando ora l'età dei partecipanti allo studio, essa varia notevolmente, con un range che va dai 20 ai 69 anni, evidenziando una diversità generazionale significativa all'interno del campione. Le fasce d'età più rappresentate includono i 30-39 anni e i 50-59 anni, con rispettivamente il 34,6% e il 22,3% dei partecipanti (*tabella 4.3*).

Fascia d'età	Frequenza (n)	Percentuale (%)
N-Miss	7	—
20-29 anni	51	20.3%
30-39 anni	87	34.6%
40-49 anni	51	20.3%
50-59 anni	56	22.3%
60-69 anni	6	2.4%

Tabella 4.3: Distribuzione età

La media dell'età è risultata essere di 39.7 anni, suggerendo che il gruppo analizzato tende a trovarsi nella fascia di età adulta. L'errore standard (SE) della media, pari a 0.653, indica una stima relativamente precisa della media campionaria.

Il 95% dell'intervallo di fiducia (CI) per la media varia tra 38.4 e 41.0 anni, confermando che la maggior parte della popolazione è raggruppata attorno a questa media, con una variabilità accettabile. La mediana, fissata a 37 anni, supporta ulteriormente l'idea di un'età prevalentemente adulta, mentre la moda di 33.0 anni indica che esiste una concentrazione di individui in questa specifica fascia di età.

La somma totale delle età dei partecipanti è di 9959 anni, con una deviazione standard (SD) di 10.3, suggerendo una discreta variabilità rispetto alla media. La varianza, calcolata a 107, conferma questa dispersione dei valori.

L'intervallo di età dei partecipanti è di 39 anni, con un minimo di 23 anni e un massimo di 62 anni, evidenziando una popolazione diversificata in termini di età. L'analisi dei percentili indica che il 25° percentile è 31.0 anni, il 50° percentile (mediana) è 37.0 anni e il 75° percentile è 49.5 anni. Questo suggerisce che il 75% della popolazione ha un'età inferiore a 49.5 anni.

Infine, il valore dello scarto interquartile (IQR), pari a 18.5, fornisce ulteriori indicazioni sulla dispersione dei dati, evidenziando che esiste una significativa variabilità all'interno del campione analizzato. In sintesi, i risultati mostrano una popolazione prevalentemente adulta, con una diversità di età significativa, che può influenzare le dinamiche sociali e lavorative all'interno del contesto analizzato (*Tabella 4.4*).

Tabella 4.4: Statistiche descrittive per l'età

Descrizione	Valore
N	251
Media	39.7
SE	0.653
95% CI Inferiore	38.4
95% CI Superiore	41.0
Mediana	37
Moda	33.0
Somma	9959
SD	10.3
Varianza	107
Scarto Interquartile (IQR)	18.5
Intervallo	39
Minimo	23
Massimo	62
25esimo percentile	31.0
50esimo percentile	37.0
75esimo percentile	49.5

Nota: Il CI della media assume che le medie campionarie seguano una distribuzione t con $N - 1$ gradi di libertà.

Per quanto riguarda l'anzianità lavorativa, intesa come numero di anni di esperienza professionale complessiva, si osserva una notevole variabilità tra i partecipanti, con un intervallo che va da circa 3 mesi a 41 anni totali, riflettendo la diversità delle esperienze lavorative tra gli operatori sanitari.

I risultati dell'analisi descrittiva sull'anzianità lavorativa mostrano una media di 15,4 anni di servizio, con un errore standard di 0,675, suggerendo un'elevata precisione nella stima della media. L'intervallo di confidenza al 95% va da 14,1 a 16,7 anni, confermando che la maggior parte del personale ha un'anzianità significativa.

La mediana dell'anzianità è di 13 anni, mentre la moda è 7 anni, il che indica che il valore più frequente è inferiore alla media, suggerendo che una buona parte del campione ha un'anzianità relativamente bassa. La somma totale degli anni di servizio è pari a 3.760, con una deviazione standard di 10,5, che evidenzia una considerevole variabilità tra i partecipanti. La varianza, pari a 111, supporta questa osservazione, confermando una notevole dispersione nei dati [82] (*tabella 4.5*).

Questa distribuzione evidenzia una significativa presenza di personale con esperienza moderata, il che potrebbe indicare una certa stabilità nell'organico o un turnover limitato in alcune fasce di anzianità. Tale osservazione è coerente con studi recenti che hanno esaminato la stabilità e il turnover nel personale sanitario [78].

Anni di Anzianità Lavorativa	Frequenza (n)	Percentuale (%)
N-Miss	7	—
0 - 5	39	15.6%
6 - 10	65	26.0%
11 - 15	39	15.6%
16 - 20	32	12.8%
21 - 25	19	7.6%
26 - 30	21	8.4%
31 - 35	18	7.2%
36 - 40	15	6.0%
41 - 45	3	1.2%

Tabella 4.5: Anzianità lavorativa degli operatori sanitari (N=258)

Tabella 4.6: Statistiche descrittive per l'anzianità lavorativa

Descrizione	Valore
N	251
Mancanti	7
Media	15.4
Errore std. media	0.675
95% CI Inferiore	14.1
95% CI Superiore	16.7
Mediana	13.0
Moda	7.00
Somma	3760
Deviazione standard	10.5
Varianza	111
Intervallo	41.0
Minimo	1.00
Massimo	42.0

Nota: Il CI della media assume che le medie campionarie seguano una distribuzione t con N - 1 gradi di libertà.

L'anzianità di servizio specifica nel Pronto Soccorso varia da un minimo di 3 mesi a un massimo di 37 anni. Il gruppo più numeroso è costituito da operatori con un'anzianità compresa tra 0 e 5 anni, che rappresentano il 36,6% del campione, seguito dagli operatori con 6-10 anni di servizio, che costituiscono il 29,4%.

Gli operatori con 11-15 anni di servizio rappresentano l'11,6%, mentre le percentuali diminuiscono significativamente per le fasce di anzianità successive: l'8,0% degli operatori ha tra 16 e 20 anni di servizio, il 5,6% si colloca nelle fasce 21-25 e 26-30 anni, il 2,8% ha un'anzianità tra 31 e 35 anni, e solo lo 0,4% del campione ha tra 36 e 40 anni di servizio (Tabella 4.7).

Tabella 4.7: Frequenze e percentuali degli anni di anzianità specifica in PS

Range di Anzianità (anni)	Frequenza	Percentuale (%)
N-Miss	7	—
0 - 5	92	36.6%
6 - 10	74	29.4%
11 - 15	29	11.6%
16 - 20	20	8.0%
21 - 25	14	5.6%
26 - 30	14	5.6%
31 - 35	7	2.8%
36 - 40	1	0.4%

Tabella 4.8: Statistiche descrittive per l'anzianità di servizio specifica in PS

Descrizione	Valore
N	251
Mancanti	7
Media	9.45
Errore std. media	0.517
95% CI della media limite inferiore	8.44
95% CI della media limite superiore	10.5
Mediana	6.00
Moda	4.00
Somma	2364
Deviazione standard	8.17
Varianza	66.7
Intervallo	36.8
Minimo	0.250
Massimo	37.0

Nota: Il CI della media assume che le medie campionarie seguano una distribuzione t con $N - 1$ gradi di libertà.

Le statistiche descrittive per l'anzianità di servizio specifica in Pronto Soccorso mostrano una media di 9,45 anni, con un errore standard di 0,517, il che suggerisce una

stima abbastanza precisa della media. L'intervallo di confidenza al 95% per la media va da 8,44 a 10,5 anni, confermando che la maggior parte del personale ha meno di 10 anni di esperienza. La mediana è di 6 anni, con una moda di 4 anni, che indica che il valore più frequente è piuttosto basso rispetto alla media, riflettendo la presenza significativa di personale relativamente nuovo.

La somma totale degli anni di servizio nel Pronto Soccorso è di 2.364 anni, con una deviazione standard di 8,17 e una varianza di 66,7, il che sottolinea una notevole variabilità tra gli operatori.

Questa distribuzione mostra un livello medio di esperienza tra gli operatori sanitari del Pronto Soccorso, con una parte considerevole del personale che ha meno di 10 anni di esperienza. Questi risultati sottolineano l'importanza della formazione continua per garantire un servizio efficiente e di alta qualità.

Investire nella formazione non solo potenzia le competenze individuali, ma contribuisce anche a un servizio più sicuro e reattivo, capace di affrontare le sfide quotidiane del Pronto Soccorso. Questa necessità è confermata da studi recenti [82, 94, 7, 17] (*tabella 4.7*).

L'analisi del ruolo attuale dei partecipanti nel Pronto Soccorso rivela che la maggior parte svolge il ruolo di infermiere, con 206 partecipanti, pari all'82,1% del campione. Gli Operatori Socio Sanitari (OSS) costituiscono il 10,4%, mentre i medici rappresentano il 7,6%.

Ruolo attuale in PS	Frequenza (n)	Percentuale (%)
N-Miss	7	—
Infermiere	206	82.1%
Medico	19	7.6%
Operatore Socio Sanitario	26	10.4%

Tabella 4.9: Ruolo attuale in Pronto Soccorso (N=258)

I dati finora analizzati forniscono una panoramica dettagliata delle caratteristiche demografiche e professionali degli operatori sanitari che hanno partecipato allo studio e lavorano nei Pronto Soccorso del Veneto. In sintesi, il campione esaminato evidenzia una prevalenza di personale femminile, con un'età media di circa 40 anni e una significativa esperienza lavorativa. La distribuzione delle professioni mostra che la maggior

parte dei partecipanti è costituita da infermieri, seguiti dagli operatori socio-sanitari (OSS) e dai medici.

Questa composizione riflette l'organizzazione tipica dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, dove gli infermieri svolgono un ruolo centrale nell'erogazione dell'assistenza diretta ai pazienti. Gli OSS forniscono supporto essenziale nelle attività quotidiane, mentre i medici, sebbene meno numerosi, rivestono un ruolo cruciale nella gestione clinica e nelle decisioni terapeutiche [9] (*tabella 4.9*).

I dati riassunti nelle tabelle costituiscono una base solida per ulteriori riflessioni sulla gestione delle risorse umane nei Pronto Soccorso. La distribuzione dell'esperienza e delle competenze professionali sottolinea l'importanza di implementare strategie mirate di formazione continua e sviluppo professionale.

Tali interventi sono fondamentali per mantenere elevati standard di cura e garantire che i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza siano preparati ad affrontare le crescenti sfide del sistema sanitario.

Numerosi studi recenti confermano l'importanza della formazione continua e mirata per il personale sanitario nei contesti di emergenza. Buchan et al. (2023) e Cummings et al. (2022) hanno evidenziato come l'aggiornamento professionale sia essenziale per migliorare le competenze cliniche e la qualità dell'assistenza. Allo stesso modo, Williams et al. (2022) e Davis et al. (2023) hanno sottolineato la necessità di investire in programmi di sviluppo professionale per ridurre il turnover e aumentare la soddisfazione lavorativa tra il personale sanitario [9, 94, 17].

Capitolo 5

RISULTATI

Nel presente capitolo viene condotta un'analisi approfondita non solo della frequenza degli episodi di violenza nei Pronto Soccorso, ma anche delle loro caratteristiche specifiche e dei principali fattori scatenanti. Questa indagine metterà in luce come le condizioni strutturali e operative dei reparti di emergenza, unite a situazioni di elevato stress e alla presenza di pazienti affetti da disturbi psichiatrici o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, contribuiscano in maniera significativa all'aumento di tali eventi violenti [79, 6].

Recenti studi confermano che la combinazione di questi fattori è uno dei principali elementi alla base dell'escalation di comportamenti violenti nei contesti sanitari [26].

L'obiettivo principale di questo studio è duplice: da un lato, quantificare l'entità del fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sanitari; dall'altro, identificare e proporre misure preventive efficaci. Tali interventi mirano a garantire la sicurezza del personale, migliorando la gestione del rischio e la qualità complessiva del lavoro all'interno dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

Le evidenze raccolte verranno contestualizzate alla luce della letteratura scientifica esistente, che dimostra come interventi mirati possano ridurre significativamente il rischio di episodi violenti e contribuire al miglioramento dell'ambiente lavorativo [83].

Pertanto, questo lavoro non si limiterà a descrivere il fenomeno, ma fornirà strategie concrete, basate su dati empirici, per affrontare in modo efficace il problema della violenza in ambito sanitario.

Le informazioni dettagliate sono riportate nelle tabelle seguenti, che offrono una chiara panoramica sull'incidenza e le caratteristiche degli episodi di violenza.

5.1 La frequenza degli episodi di violenza

Ha mai assistito, ossia è stato testimone, di violenza verso suoi colleghi?	Frequenze (n)	% del Totale	% Cumulata
No, mai	1	0.4%	0.4%
Sì, atti di violenza verbale	122	48.6%	49.0%
Sì, atti di violenza fisica	4	1.6%	50.6%
Sì, atti di violenza sia verbale che fisica	124	49.4%	100.0%

Tabella 5.1: Distribuzione delle risposte alla domanda: "Ha mai assistito, ossia è stato testimone, di violenza verso suoi colleghi?" ordinata in base alla tipologia di violenza

I dati evidenziano che la maggior parte dei professionisti ha assistito a episodi di violenza verbale (48,6%, con 122 episodi) o a episodi combinati di violenza verbale e fisica (49,4%, 124). La percentuale di coloro che hanno osservato esclusivamente violenza fisica è relativamente bassa (1,6%, 4), mentre solo una minima frazione (0,4%, ossia 1) non ha mai assistito a tali episodi. Questi risultati indicano che la violenza è un fenomeno diffuso non solo come esperienza diretta ma anche come indiretta, con una prevalenza significativa di episodi di violenza verbale.

Per quanto riguarda invece la violenza subita, dai dati emerge che:

- Il 15,1% dei partecipanti non ha subito episodi di violenza;
- L'1,6% ha riportato esclusivamente episodi di violenza fisica;
- Il 12,4% ha subito una combinazione di violenza verbale fisica;
- La maggior parte degli infermieri, pari al 70,9%, ha subito esclusivamente violenza verbale. (*Tabella 5.2*)

Questi risultati mettono in luce come la violenza verbale sia il tipo di aggressione più comune, mentre la violenza fisica risulta relativamente rara. Il fatto che quasi tre quarti degli operatori sanitari siano vittime di violenza verbale, e solo una minoranza abbia subito violenza fisica o combinata, suggerisce che quest'ultima rappresenta una sfida meno frequente, ma non per questo meno importante.

Risposte alla domanda: "Negli ultimi 12 mesi, ha subito episodi di violenza da parte di un paziente o un accompagnatore?"	Frequenze (n)	% del Totale	% Cumulata
No	38	15.1%	15.1%
Sì, verbale	178	70.9%	86.0%
Sì, fisica	4	1.6%	87.6%
Sì, sia verbale che fisica	31	12.4%	100.0%

Tabella 5.2: Distribuzione delle risposte sugli episodi di violenza subiti negli ultimi 12 mesi da parte di pazienti o accompagnatori

Questa tendenza sottolinea l'urgenza di implementare interventi mirati per prevenire e gestire principalmente la violenza verbale, che si conferma come il problema più pressante nei contesti di emergenza. Strategie e interventi specifici dovrebbero concentrarsi su questo aspetto, per creare un ambiente di lavoro più sicuro e supportare adeguatamente il personale infermieristico [83, 37].

5.2 Caratteristiche della violenza verbale

Di seguito vengono riportate le analisi relative alle diverse forme di violenza verbale subite nei reparti di Emergenza. (Tabella 5.3)

TIPO DI VIOLENZA VERBALE	Frequenze (n)	Percentuale (%)
<i>Violenza verbale</i>	178	—
Commenti sarcastici	74	41.57%
Grida/urla/rumoreggiamenti	115	64.61%
Interruzioni e non essere ascoltati/ignorati	87	48.88%
Linguaggio scurrile/con riferimenti sessuali	37	20.79%
Minaccia di denunce/azioni legali	126	70.79%
Minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)	49	27.53%
Minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)	7	3.93%
Ricevere maledizioni e imprecazioni	95	53.37%
Scortesie/maleducazione	169	94.94%
Umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo	93	52.25%

Tabella 5.3: Frequenze delle tipologie di violenza verbale subita

I dati analizzati mostrano che, su un totale di 178 episodi riportati, la scortesie e la

maleducazione costituiscono il 94,94% (169) degli episodi di violenza verbale. Questo indica che tali comportamenti rappresentano le manifestazioni più comuni di aggressività negli ambienti ospedalieri, con rilevanti implicazioni per il clima lavorativo e la qualità delle interazioni professionali [40].

Le minacce di denunce o azioni legali, che costituiscono il 70,79% del totale (126) delle minacce verbali segnalate, rappresentano una forma di pressione psicologica e intimidazione che può compromettere la serenità e l'efficacia operativa del personale sanitario [56].

Grida, urla e rumoreggiamenti, presenti nel 64,61% degli episodi (115), non solo rappresentano espressioni di aggressività verbale, ma contribuiscono a creare un ambiente di lavoro caratterizzato da elevato stress e tensione [2].

Le interruzioni e l'essere ignorati, che si verificano nel 48,88% dei casi (87), insieme ai commenti sarcastici (41,57%, 74), rappresentano ulteriori forme di violenza verbale che, pur non minacciando fisicamente, compromettono il rispetto e la collaborazione tra pazienti e operatori sanitari [30].

Comportamenti come maledizioni e imprecazioni (53,37%, 95) e umiliazioni o sminuizioni (52,25%, 93) evidenziano che il personale sanitario è frequentemente esposto a insulti che minano la dignità sia personale che professionale. È particolarmente preoccupante che il 27,53% degli episodi (49) comprenda minacce di violenza fisica, un comportamento che, pur meno frequente rispetto ad altre forme di violenza, rappresenta un rischio concreto per la sicurezza [77].

Infine, episodi di linguaggio scurrile o riferimenti sessuali (20,79%, 37) e minacce con armi, proprie o improprie (3,93%, 7), sebbene meno comuni, sottolineano la varietà e la gravità delle forme di aggressività che il personale sanitario può affrontare.

5.3 Caratteristiche della violenza fisica

Presentiamo ora una panoramica delle diverse forme di violenza fisica subite dagli operatori sanitari.

I dati, organizzati per tipologia di violenza fisica, mostrano la frequenza e la percentuale di ciascuna categoria: (*Tabella 5.4*).

TIPO DI VIOLENZA FISICA	Frequenze (n)	Percentuale (%)
<i>Violenza fisica</i>	35	—
Accoltellato	0	0.00%
Bersaglio di sputi	13	37.14%
Colpito da una persona (pugni, schiaffi)	20	57.14%
Colpito da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)	1	2.86%
Graffiato	15	42.86%
Morso	5	14.29%
Pizzicato	1	2.86%
Preso a calci	23	65.71%
Sparato	0	0.00%
Spintonato/a	11	31.43%
Strattonamento	10	28.57%
Tirato per i capelli	3	8.57%
Violentato/stuprato	0	0.00%
Vomitato addosso volontariamente	4	11.43%

Tabella 5.4: Tipologia di violenza fisica subita

La tabella evidenzia che, su un totale di 35 episodi di violenza fisica riportati dagli intervistati, le forme predominanti includono colpi ricevuti da un aggressore (57,14%, 20), calci (65,71%, 23) e graffi (42,86%, 15). Questi dati suggeriscono che le aggressioni fisiche dirette, come colpi e calci, rappresentano le manifestazioni più comuni, con implicazioni significative per la sicurezza, il benessere e lo stato emotivo degli operatori sanitari [13].

Le forme meno comuni di violenza fisica includono aggressioni con oggetti (2,86%, 1), morsi (14,29%, 5) e tentativi di strangolamento (2,86%, 1). Sebbene meno frequenti, questi eventi rappresentano comunque una grave minaccia per la sicurezza fisica del personale [63]. Episodi di vomito intenzionale contro il personale (11,43%, 4) e tirate di capelli (8,57%, 3) rivelano altre dimensioni di violenza fisica che contribuiscono a creare un ambiente di lavoro ostile e potenzialmente traumatico [90].

L'assenza di episodi di accoltellamento, violenza sessuale e spari (0%) indica che, sebbene queste forme estreme di violenza siano rare nei contesti di emergenza, la loro assenza non dovrebbe sminuire l'importanza di prevenire qualsiasi altra forma di comportamento violento [94].

5.4 Localizzazione e tipo di lesioni

L'analisi dei dati mostra che le braccia (51,43%, 19) e la faccia (31,43%, 12) sono le aree più frequentemente colpite durante gli episodi di aggressioni fisiche. Questo suggerisce che gli attacchi tendono a concentrarsi su parti del corpo meno protette o più esposte durante le interazioni violente [24] (Tabella 5.5).

Le mani e l'addome seguono come aree colpite, con rispettivamente il 25,71% (9) e il 20,00% (7) dei casi. Le lesioni alle spalle, schiena, e testa sono meno comuni, indicando una concentrazione di violenza su aree più vulnerabili e accessibili [90].

L'assenza di lesioni a fianchi/natiche e genitali (0%) suggerisce che tali aree sono raramente coinvolte negli attacchi fisici, ma non deve essere trascurata la possibilità di lesioni in queste aree in situazioni particolari [52].

Parte del Corpo	Frequenze (n)	Percentuale (%)
Addome	7	20.00%
Braccia	19	54.29%
Collo	1	2.86%
Faccia	12	34.29%
Fianchi/natiche	0	0.00%
Gambe	3	8.57%
Genitali	0	0.00%
Mani	11	31.43%
Piedi	2	5.71%
Schiena	1	2.86%
Spalle	3	8.57%
Testa	1	2.86%
Torace	9	25.71%

Tabella 5.5: Parti del corpo coinvolte nella violenza fisica

Descrivendo ora le diverse tipologie di lesioni subite dagli operatori durante episodi di violenza fisica, troviamo come i graffi/abrasioni (48,57%, 17) e le contusioni/lividi/ematomi (45,71%, 16) sono le lesioni più frequenti subite dal personale durante episodi violenti. Questo riflette la natura prevalentemente superficiale di molte aggressioni fisiche, che tendono a provocare danni visibili ma non necessariamente gravi [35].

Le esposizioni a liquidi corporei sono riportate nel 22,86% (8) dei casi, suggerendo un'altra dimensione della violenza fisica che include esposizioni indesiderate e potenzialmente infettive [17]. L'assenza di distorsioni/distrazioni/strappi e la bassa frequen-

za di fratture (2,86%, 1) e traumi chiusi (8,57%, 3) indicano che le lesioni più gravi e complesse sono relativamente rare, sebbene non meno importanti che non devonode essere ignorate [56] (*Tabella 5.6*).

Tipologia di lesioni	Frequenze (n)	Percentuale (%)
Contusioni/lividi/ematomi	16	45.71%
Graffi/abrasioni	17	48.57%
Esposizione a liquidi corporei	8	22.86%
Distorsioni/distrazioni/strappi	0	0.00%
Lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)	2	5.71%
Fratture	1	2.86%
Traumi chiusi	3	8.57%

Tabella 5.6: Tipologia di lesioni subite

5.5 Chi commette atti di violenza

La maggior parte degli episodi di violenza è perpetrata dai pazienti del Pronto Soccorso (43,49%, 211) e dai loro accompagnatori (42,57%, 208).

I visitatori o altri utenti dell'ospedale rappresentano solo una piccola parte degli aggressori (5,82%, 28), suggerendo che i gruppi più direttamente coinvolti nel processo di cura sono quelli con maggiore incidenza di violenza [74] (*Tabella 5.7*).

Chi Commette Atti di Violenza	Frequenze	Percentuale (%)
Accompagnatore del Pronto Soccorso	208	42.57%
Paziente del Pronto Soccorso	211	43.49%
Visitatore o altro utente dell'Ospedale	28	5.82%

Tabella 5.7: Chi commette atti di violenza

5.6 Caratteristiche o situazioni della persona violenta

Gli intervistati riportano che la maggior parte degli atti violenti si verificano quando i pazienti o i loro accompagnatori percepiscono indifferenza da parte del personale sanitario (80.93%, 400 risposte). Ciò suggerisce che la frustrazione legata alla percezione di scarsa attenzione o alle lunghe attese possa innescare comportamenti aggressivi [88]. I pazienti con intossicazione alcolica o in astinenza da droghe sono coinvolti nel 27,83% (137) degli episodi, evidenziando il loro ruolo significativo come autori di violenza [41].

I pazienti psichiatrici (13,98%, 69) e i pazienti anziani con demenza o Alzheimer (10,34%, 51) rappresentano altre categorie rilevanti di aggressori, indicando che le condizioni psichiatriche e neurodegenerative sono associabili a comportamenti violenti [29]. Le altre caratteristiche, come i familiari che contestano il codice di accesso (3,04%, 15) e le situazioni senza particolari caratteristiche specifiche (2,43%, 12), sono meno prevalenti, suggerendo che la violenza è meno spesso legata a questi fattori [22] (Tabella 5.8).

Caratteristiche o Situazioni	Frequenze (n)	Percentuale (%)
Altro dipendente	1	0.20%
Accompagnatore di paziente che contestava il codice colore o il mancato ricovero	2	0.40%
Assistenza di paziente anziano in OBI	1	0.20%
Familiari o pazienti che pretendono un codice di accesso maggiore	15	3.04%
Nessuna particolare caratteristica	12	2.43%
Paziente agitato	22	4.46%
Paziente anziano con demenza o Alzheimer	51	10.34%
Paziente minorenne o accompagnatore di paziente pediatrico	27	5.47%
Paziente o accompagnatore che lamenta indifferenza da parte del personale sanitario	400	80.93%
Paziente con intossicazione alcolica o in astinenza da droghe	137	27.83%
Paziente psichiatrico	69	13.98%

Tabella 5.8: Caratteristiche o situazioni legate agli atti di violenza

5.7 Distribuzione degli episodi di violenza per aree del Pronto Soccorso

La tabella riportata analizza la distribuzione degli episodi di violenza nelle diverse aree del Pronto Soccorso, evidenziando le zone più vulnerabili a tali episodi. I dati più significativi si concentrano sull'area di accettazione, che rappresenta il 24,44% degli episodi di violenza (88 casi), seguita dalla sala d'attesa generale con il 22,78% (82 casi).

Queste due aree, essendo luoghi ad alto afflusso e di primo contatto tra i pazienti, i familiari e il personale sanitario, risultano particolarmente esposte a tensioni e conflitti, rendendole le zone più critiche per l'insorgere di episodi di violenza.

Altre aree sensibili includono il triage, che registra il 14,44% degli episodi (52 casi), e

le salette o zone di attesa interne, che raggiungono l'11,11% (40 casi).

Le aree più circoscritte e controllate, come la stanza di contenzione o isolamento (0,83% con 3 episodi) e i corridoi di servizio (3,89% con 14 episodi), registrano una percentuale significativamente più bassa di episodi di violenza. Questo suggerisce che una gestione più rigorosa del flusso di persone, unita alla presenza di barriere fisiche o a protocolli di sicurezza più severi, possa contribuire a ridurre il rischio di aggressioni.

Al contrario, i risultati evidenziano che le aree ad alto traffico, come l'accettazione e le sale d'attesa (rispettivamente 24,44% con 88 episodi e 22,78%, 82 episodi), necessitano di misure di sicurezza migliorate.

Un punto rilevante da considerare è che, poiché gli intervistati potevano selezionare più di una risposta alla domanda sull'autore dell'episodio di violenza, non è possibile testare statisticamente l'associazione tra il perpetratore e il tipo di violenza subita. Tuttavia, il quadro generale offre indicazioni utili per sviluppare strategie di prevenzione mirate, concentrandosi sui punti di maggiore criticità all'interno del Pronto Soccorso.

Area	Frequenze (n)	Percentuale (%)
Area accettazione	88	24.44%
Medicheria/stanza visita medica	28	7.78%
Ingresso	39	10.83%
Sala di aspetto generale	82	22.78%
Sala emergenze	29	8.06%
Salette/zone di attesa interne	40	11.11%
Scale/ascensori/corridoi di servizio	14	3.89%
Stanza di contenzione/isolamento	3	0.83%
Stanza di osservazione breve	39	10.83%
Triage	52	14.44%
Uscita	9	2.50%

Tabella 5.9: Aree coinvolte negli atti di violenza

5.8 Risposta di chi è vicino all'episodio di violenza

L'analisi dei dati mette in luce le reazioni degli astanti, ossia altri pazienti o accompagnatori presenti durante un episodio di violenza in Pronto Soccorso, evidenziando tre principali tipologie di risposta: indifferenza, disapprovazione e attivazione. I dati

rivelano che la maggioranza degli osservatori, pari al 52,8% (180 risposte), ha reagito con indifferenza, senza mostrare alcuna reazione significativa alla violenza. Questo suggerisce che oltre la metà degli astanti percepisce l'evento violento come qualcosa da cui rimanere distaccati, senza sentirsi coinvolti attivamente.

La seconda reazione più frequente è la disapprovazione, registrata nel 28,2% dei casi (96 risposte). In queste situazioni, gli astanti hanno manifestato disapprovazione verso l'atto violento, criticando o rimproverando l'autore dell'aggressione. Questo dato sottolinea che una parte significativa degli osservatori non accetta passivamente la violenza, ma tenta di contrastarla con una reazione di biasimo. Infine, l'attivazione è stata riportata nel 19,1% dei casi (65 risposte). In questi casi, gli osservatori non solo non hanno preso le distanze dall'episodio, ma hanno emulato il comportamento violento, lamentandosi o diventando essi stessi aggressivi. Sebbene meno frequente, questo dato desta preoccupazione, poiché indica che la violenza può talvolta scatenare una reazione a catena, aggravando ulteriormente la situazione (*Tabella 5.10*).

Nel complesso, i dati mostrano che, sebbene l'indifferenza sia la risposta più comune, esiste una quota non trascurabile di astanti che reagisce attivamente, sia in modo positivo (disapprovazione) sia negativo (emulazione della violenza). Questi risultati sottolineano l'importanza di sensibilizzare non solo il personale sanitario, ma anche i pazienti e i loro accompagnatori sui comportamenti appropriati da tenere in situazioni di tensione. Un'adeguata formazione e informazione possono contribuire a prevenire l'escalation della violenza e a promuovere una cultura di rispetto e sicurezza nei contesti sanitari.

Che tipo di relazione hanno avuto eventuali altri pazienti e astanti	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Disapprovazione (effetto rimprovero, per cui gli astanti biasimano il comportamento violento)	96	28.2%	28.2%
Attivazione (effetto emulazione, per cui gli astanti iniziano a lamentarsi, diventare violenti)	65	19.1%	47.2%
Indifferenza (nessun effetto)	180	52.8%	100.0%

Tabella 5.10: Frequenze di relazioni tra altri pazienti e astanti rispetto agli atti di violenza

5.9 Sistemi di segnalazione

A seguire vengono riportate le procedure di segnalazione riferite dagli operatori sanitari intervistati, gli attori coinvolti nella gestione delle aggressioni e i destinatari delle segnalazioni all'interno delle aziende sanitarie in esame (*Tabella 5.11*):

1. **Esistenza di sistemi di segnalazione:** il numero di aziende che dichiara di avere procedure e sistemi di segnalazione è nettamente superiore a quelle che ne sono prive, con 230 risposte affermative contro solo 21 negative. Ciò suggerisce una buona diffusione dei meccanismi di segnalazione all'interno delle strutture sanitarie;
2. **Ruoli chiave nelle attività di contrasto:** gli operatori del servizio e il direttore medico del Pronto Soccorso (PS) risultano i principali attori coinvolti nella gestione degli episodi di violenza, con rispettivamente 55 e 20 risposte. Tuttavia, una percentuale significativa di rispondenti (59) non sa chi sia il responsabile per tali attività, evidenziando la necessità di una maggiore comunicazione e formazione interna;
3. **Modalità di segnalazione:** la maggior parte delle segnalazioni avviene in forma verbale (132), seguita dalla compilazione di moduli generici di incident reporting (61) e relazioni scritte (44). Il fatto che 21 persone abbiano dichiarato di non aver segnalato l'episodio in alcun modo solleva preoccupazioni riguardo alla sottorapportazione degli episodi di violenza;
4. **Destinatari della segnalazione:** la figura del medico di guardia del PS e dei colleghi (infermiere, OSS, medico) emerge come il destinatario principale delle

segnalazioni, rispettivamente con 130 e 160 risposte. Tuttavia, una minoranza rilevante non ha segnalato l'episodio a nessuno (21), un dato che, ancora una volta, evidenzia potenziali barriere culturali o procedurali alla segnalazione formale degli eventi di violenza.

I dati suggeriscono che, nonostante la presenza di sistemi di segnalazione strutturati, esistono ancora sfide nel processo di segnalazione formale e nella diffusione della conoscenza su chi sia responsabile di gestire queste situazioni. Una formazione mirata e un incremento delle procedure standardizzate all'interno delle singole AULSS potrebbero migliorare la gestione e il monitoraggio di questi episodi, riducendo al contempo la sottorapportazione.

Domanda	Opzioni di risposta	Frequenze (n)	Percentuale (%)
Esistenza di procedure/sistemi di segnalazione	No	21	8.4%
	Sì	230	91.6%
Chi si occupa delle attività di contrasto alle violenze?	Gli infermieri del servizio	55	22.0%
	Il direttore medico del PS	20	8.0%
	L'infermiere coordinatore	24	9.6%
	Il responsabile servizio gestione rischio clinico aziendale	18	7.2%
	Il responsabile infermieristico dipartimentale	4	1.6%
	Il dirigente infermieristico aziendale	5	2.0%
	Il direttore sanitario	4	1.6%
	Nessuno – Non lo so	59	23.6%

Modalità di segnalazione dell'episodio di violenza	Compilazione di una scheda specifica di segnalazione delle aggressioni	35	14.0%
	Compilazione modulo generico di incident reporting	61	24.4%
	Nota/relazione scritta	44	17.6%
	Tramite referto medico del PS	16	6.4%
	Tramite denuncia INAIL	13	5.2%
	Verbalmente	132	52.8%
	In nessun modo	21	8.4%
	Modulo ministeriale evento sentinella n.12	22	8.8%
	A chi è stato segnalato l'episodio di violenza?	Al direttore medico del PS	54
	Agli uffici di direzione del personale aziendale	7	2.8%
	Al medico guardia del PS	130	52.0%
	Al posto fisso di polizia aziendale	19	7.6%
	Nessuno	21	8.4%
	Altro (infermiere, medico)	collega 160 OSS,	64.0%
	Al servizio gestione rischio clinico aziendale	71	28.4%
	All'INAIL	8	3.2%
	All'infermiere coordinatore	103	41.2%
	All'osservatorio nazionale eventi sentinella n.12	27	10.8%
	Alla direzione sanitaria	19	7.6%

Alle forze dell'ordine/autorità giudiziaria	37	14.8%
Compilando l'incident reporting regionale	13	5.2%
Al dirigente infermieristico aziendale	4	1.6%
Al responsabile infermieristico dipartimentale	6	2.4%

Tabella 5.11: Sistemi e modalità di segnalazione nelle aziende sanitarie

5.10 Fattori ambientali e strutturali

Nel contesto dell'analisi ambientale dei Pronto Soccorso, i dati raccolti con il questionario offrono una panoramica dettagliata delle caratteristiche progettuali e operative implementate per migliorare il comfort e la sicurezza per utenti e personale.

Le misure legate al comfort risultano ampiamente presenti: 174 rispondenti (69,3%) hanno indicato la disponibilità di dispenser di bevande e cibo, mentre 149 (59,4%) hanno segnalato la presenza di televisori o schermi informativi. Inoltre, 20 partecipanti (8,0%) hanno riportato la disponibilità di giornali, riviste o libri, e 15 (6,0%) la presenza di un impianto sonoro con musica ambientale. Questi dati mostrano come i Pronto Soccorso siano attrezzati per offrire comfort agli utenti in attesa.

Per quanto riguarda la sicurezza, il 55,8% dei partecipanti ha indicato l'uso di telecamere di sicurezza, una misura chiave per garantire la sorveglianza e la protezione degli ambienti sanitari. Il 45% ha riportato la presenza di un ingresso al Pronto Soccorso tramite apertura centralizzata, contribuendo così a controllare l'accesso e prevenire intrusioni non autorizzate. Anche la protezione del personale è stata segnalata, con il 47,4% che ha riportato la presenza di postazioni infermieristiche protette e il 40,6% che ha menzionato la regolamentazione o limitazione dell'accesso.

Tuttavia, alcune misure di sicurezza avanzate risultano meno diffuse. Solo il 17,1% ha indicato l'uso di vetri anti-proiettile o antisfondamento, e l'uso di pulsanti di allarme (allerta emergenze) è stato riportato dal 9,6% dei partecipanti. Solamente l'1,6% ha segnalato l'utilizzo di un pass/cartellino identificativo visibile, mentre il metal detector è completamente assente tra le strutture indagate.

Questi risultati dimostrano una notevole varietà nelle pratiche adottate nei Pronto Soccorso italiani, con un bilanciamento tra misure di comfort per i pazienti e misure di sicurezza per il personale, sebbene vi sia spazio per miglioramenti in termini di adozione di tecnologie più avanzate. La variabilità osservata sottolinea la necessità di ulteriori studi per ottimizzare e standardizzare le strategie di protezione negli ambienti di emergenza, soprattutto nelle aree di alta criticità.

Caratteristiche ambientali	Frequenze (n)	Percentuale (%)
Cartellonistica informativa	86	34.3%
Dispenser bevande/cibo e beni di comfort	174	69.3%
Giornali/riviste/libri a disposizione	20	8.0%
Impianto di illuminazione continua	74	29.5%
Impianto sonoro con musica ambientale	15	6.0%
Ingresso al PS tramite apertura centralizzata	113	45.0%
Medicherie/box di trattamento con uscita di sicurezza	37	14.7%
Medicherie/box di trattamento non visibili dall'esterno	32	12.7%
Metal detector	0	0.0%
Pass/cartellino identificativo visibile	4	1.6%
Postazione infermieristica protetta	119	47.4%
Pseudonimo/codice di chiamata anonima	2	0.8%
Pulsante di allarme (allerta emergenze)	24	9.6%
Pulsante panico/allarme silenzioso	11	4.4%
Regolamentazione/limitazione dell'accesso	102	40.6%
Segnaletica sulla non tolleranza alla violenza	44	17.5%
Specchi per spazi/aree non visibili	1	0.4%
Telecamere di sicurezza/videosorveglianza	140	55.8%
Televisori/schermi video informativi	149	59.4%
Vetri anti-proiettile/antisonori	43	17.1%

Tabella 5.12: Caratteristiche ambientali presenti nel PS: Frequenze e percentuali ordinate alfabeticamente

5.11 Effetti della violenza su gratificazione e motivazione lavorativa

Le tabelle 5.13, 5.14 e 5.15 offrono una visione dettagliata dell'impatto emotivo e professionale che la violenza esercita sugli operatori sanitari, evidenziando tanto le frequenze quanto le percentuali degli effetti rilevati. Le emozioni prevalenti rappresentano un aspetto cruciale del benessere psicologico dei lavoratori, con la rabbia come sentimento più comune, riportata da 174 operatori (17,5%), seguita da un forte senso di vulnerabilità indicato da 87 partecipanti (8,7%).

Anche se questi dati rivelano che la violenza genera principalmente rabbia e senso di insicurezza, vi è una preoccupante diffusione di altre emozioni negative come la sfiducia verso l'istituzione aziendale (73 operatori, 7,3%) e la sfiducia nella dirigenza aziendale (68 operatori, 6,8%).

Questi sentimenti di sfiducia non sono solo sintomatici di una rottura del rapporto di fiducia tra il

personale e la struttura sanitaria, ma contribuiscono a un circolo vizioso che aggrava il malessere lavorativo.

Un altro dato significativo è la perdita di autostima, che ha colpito 33 operatori (3,3%), segnalando che la violenza non solo erode la fiducia nell'ambiente lavorativo, ma incide anche direttamente sull'autovalutazione delle competenze professionali. Questi dati mettono in luce come il senso di ingiustizia e di fallimento professionale sia particolarmente marcato: rispettivamente, 112 operatori (11,2%) hanno indicato un forte senso di ingiustizia, mentre 63 operatori (6,3%) si sono sentiti incompetenti nel proprio ruolo, evidenziando l'effetto corrosivo che la violenza ha sulla professionalità percepita.

Passando all'impatto sulla gratificazione lavorativa, la maggioranza degli operatori sanitari (136 rispondenti, 54,2%) ha riferito che la violenza ha influito molto sul proprio grado di soddisfazione lavorativa, con un ulteriore 60 operatori (23,9%) che hanno indicato un impatto ancora più devastante (moltissimo).

Solo 5 operatori (2,0%) hanno dichiarato che la violenza non ha avuto alcun impatto sulla loro gratificazione. Questi dati suggeriscono che la violenza nei contesti di emergenza non solo minaccia la salute psicologica, ma compromette anche il senso di realizzazione professionale, erodendo il desiderio di restare motivati e impegnati.

L'impatto sulla motivazione lavorativa segue uno schema simile. 87 operatori (34,7%) hanno indicato che la violenza ha avuto un impatto notevole sulla loro motivazione, con un ulteriore 52 operatori (20,7%) che hanno riportato un effetto ancora più intenso (moltissimo).

In generale, solo una piccola percentuale di rispondenti (8 operatori, 3,2%) ha affermato che la violenza non ha avuto alcun impatto sulla loro motivazione lavorativa. Questo mostra che episodi violenti non solo colpiscono il benessere emotivo, ma riducono significativamente la capacità degli operatori di mantenere alta la motivazione necessaria a svolgere il proprio lavoro in maniera efficace.

In sintesi, le frequenze e le percentuali raccolte attraverso i questionari mettono in luce come la violenza sul lavoro influisca in modo profondo e diffuso sul benessere psicologico e sulla realizzazione professionale degli operatori sanitari. Le emozioni prevalenti, come rabbia e vulnerabilità, combinandosi con il senso di ingiustizia e sfiducia, alimentano una spirale di demotivazione che mina sia la gratificazione che la motivazione lavorativa.

5.11.1 *Desiderio di lasciare il posto di lavoro*

I dati raccolti e presentati nelle tabelle offrono una panoramica significativa dell'impatto degli episodi di violenza sul posto di lavoro all'interno del contesto sanitario. Le frequenze e le percentuali forniscono un'idea chiara della portata di tali episodi sul desiderio di lasciare il lavoro, cambiare unità o richiedere un trasferimento. L'analisi dettagliata di queste variabili offre insight fondamentali sulle decisioni emotive e pratiche che gli operatori sanitari prendono a seguito della violenza lavorativa.

Emozioni provate	Frequenze	% del Totale
Ansia	79	7.9%
Demotivazione (giustificazione della violenza per patologie, es. trauma cranico, demenza senile, abuso alcolico)	58	5.8%
Inevitabilità (fa parte del lavoro)	34	3.4%
Paura	73	7.3%
Perdita di autostima	33	3.3%
Rabbia	174	17.5%
Senso di colpa/vergogna	16	1.6%
Senso di fallimento/incompetenza professionale	63	6.3%
Senso di ingiustizia	112	11.2%
Sfiducia nel coordinatore infermieristico	20	2.0%
Sfiducia nella dirigenza aziendale	73	7.3%
Sfiducia nell'istituzione aziendale	68	6.8%
Vulnerabilità	87	8.7%

Tabella 5.13: Frequenze delle emozioni provate dagli operatori sanitari (in ordine alfabetico)

Impatto della violenza sulla gratificazione lavorativa	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Molto	136	54.2%	54.2%
Poco	50	19.9%	74.1%
Moltissimo	60	23.9%	98.0%
Per niente	5	2.0%	100.0%

Tabella 5.14: Impatto della violenza sulla gratificazione lavorativa

Impatto della violenza sulla motivazione lavorativa	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Moltissimo	52	20.7%	20.7%
Abbastanza	60	23.9%	44.6%
Poco	44	17.5%	62.2%
Molto	87	34.7%	96.8%
Per niente	8	3.2%	100.0%

Tabella 5.15: Impatto della violenza sulla motivazione lavorativa

Come mostrato nella *Tabella 5.16*, 85 operatori (33,9%) hanno riportato di aver "a volte" desiderato di lasciare il proprio posto di lavoro a seguito di episodi di violenza, segnalando una reazione psicologica significativa a tali eventi. 79 partecipanti (31,5%) non hanno mai provato questo desiderio, mostrando una certa resilienza nonostante le difficoltà incontrate. Un gruppo rilevante di operatori (53, pari al 21,1%) ha indicato che raramente ha considerato questa opzione, mentre 24 partecipanti (9,6%) hanno pensato "molto spesso" di abbandonare il lavoro. Infine, 10 operatori (4,0%) hanno riportato di aver desiderato sempre lasciare il proprio posto ogni volta che si è verificato un episodio di violenza.

Questi dati suggeriscono che, sebbene il desiderio di lasciare il lavoro non sia universale, una parte considerevole degli operatori sanitari riflette su questa possibilità in risposta alla violenza. Il fatto che il 65,3% cumulato abbia almeno occasionalmente considerato di lasciare il posto di lavoro evidenzia la gravità dell'impatto emotivo e professionale della violenza sul personale.

A seguito di episodi di violenza ha considerato di lasciare il posto di lavoro?	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
A volte	85	33.9%	33.9%
Mai	79	31.5%	65.3%
Raramente	53	21.1%	86.5%
Molto spesso	24	9.6%	96.0%
Sempre, ogni volta che è successo	10	4.0%	100.0%

Tabella 5.16: Intenzione di abbandonare il posto di lavoro dopo episodi di violenza

5.11.2 *Pensiero di cambiare Unità Operativa*

La *Tabella 5.17* riporta che 72 operatori (28,7%) hanno "a volte" pensato di cambiare unità in risposta a episodi di violenza. Tuttavia, 93 partecipanti (37,1%) non hanno mai considerato questa possibilità, suggerendo che molti operatori preferiscono affrontare la violenza all'interno della loro unità piuttosto che cercare soluzioni di trasferimento. 54 operatori (21,5%) hanno riferito di aver pensato "raramente" di cambiare unità, mentre 25 operatori (10,0%) lo hanno considerato "molto spesso". Solo una minoranza (7 operatori, pari al 2,8%) ha sempre considerato il trasferimento ogni volta che si è verificato un episodio di violenza.

Il fatto che una porzione significativa del personale (65,7% cumulato) non abbia mai o solo raramente considerato di cambiare unità potrebbe indicare che la violenza viene percepita come una condizione onnipresente in tutto il contesto ospedaliero, o che gli operatori non vedono altre unità come una soluzione a lungo termine per il problema della violenza.

A seguito di episodi di violenza ha pensato di cambiare l'Unità?	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
A volte	72	28.7%	28.7%
Mai	93	37.1%	65.7%
Raramente	54	21.5%	87.3%
Molto spesso	25	10.0%	97.2%
Sempre, ogni volta che è successo	7	2.8%	100.0%

Tabella 5.17: Pensiero di cambiare unità a seguito di episodi di violenza

5.11.3 *Richieste di trasferimento*

La *Tabella 5.18* evidenzia un risultato notevole: 240 operatori (95,6%) non hanno mai inoltrato una domanda di trasferimento a causa della violenza, mentre solo 11 partecipanti (4,4%) hanno compiuto questo passo. Questo dato rivela che, nonostante il pensiero di cambiare unità o lavoro possa emergere in una percentuale significativa di operatori, le azioni concrete di trasferimento sono limitate. Le ragioni potrebbero includere ostacoli burocratici, una mancanza di alternative migliori o un'accettazione della violenza come parte integrante del lavoro.

Ha inoltrato domanda di trasferimento a motivo di episodi di violenza?	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
No	240	95.6%	95.6%
Sì	11	4.4%	100.0%

Tabella 5.18: Inoltro di domanda di trasferimento a motivo di episodi di violenza

Nel complesso, i risultati presentati nelle tre tabelle indicano che la violenza sul posto di lavoro ha un impatto profondo sugli operatori sanitari, ma che le risposte a tale violenza variano in termini di desiderio di lasciare il lavoro, di cambiare unità e di presentare domande di trasferimento. La resilienza appare essere una caratteristica dominante tra il personale sanitario, anche se spesso accompagnata da un alto grado di stress emotivo. La discrepanza tra il desiderio di abbandonare la posizione o cambiare unità e l'effettivo inoltro di domande di trasferimento potrebbe riflettere il fatto che molti operatori vedono poche alternative concrete o temono che il trasferimento non risolva il problema della violenza sul posto di lavoro.

Le istituzioni sanitarie dovrebbero prestare particolare attenzione a questi dati, riconoscendo che la violenza influisce non solo sul benessere emotivo degli operatori sanitari, ma anche sulla loro stabilità lavorativa. Programmi di supporto psicologico e strategie di prevenzione della violenza dovrebbero essere integrati nelle politiche ospedaliere per affrontare questo problema in modo proattivo.

In conclusione, sebbene la violenza non spinga la maggioranza degli operatori a intraprendere azioni drastiche come il trasferimento, è chiaro che l'impatto emotivo è profondo. Le istituzioni dovrebbero affrontare queste problematiche in modo strutturato, non solo per proteggere il benessere degli operatori, ma anche per garantire che essi possano continuare a fornire cure di alta qualità senza essere ostacolati da preoccupazioni legate alla sicurezza personale.

5.12 *Analisi bivariata dell'incidenza della violenza*

Le *tabelle 5.19 e 5.20* presentano i dati osservati e attesi relativi alla distribuzione dei diversi tipi di violenza subita dagli operatori sanitari nei Pronto Soccorso, secondo l'autore della violenza. Le quattro categorie di violenza considerate sono: nessuna violenza, violenza solo verbale, violenza solo fisica e violenza mista (sia fisica che verbale). Nella *Tabella 5.19* sono riportate le frequenze osservate per ciascun autore (accompagnatore, paziente e visitatore), accanto alle corrispondenti frequenze attese, calcolate sulla base delle proporzioni complessive.

Il test del Chi-quadrato eseguito, illustrato nella *tabella 5.20*, restituisce un valore di Chi-quadrato pari a 8.41, con un p-value di 0.209 e 6 gradi di libertà. Questo indica che non vi è una differenza statisticamente significativa tra le frequenze osservate e quelle attese ($p > 0.05$). Pertanto, non possiamo concludere che vi sia un'associazione rilevante tra l'autore della violenza e il tipo di violenza subita dagli operatori sanitari. In altre parole, i diversi autori di violenza (accompagnatore, paziente o visitatore) non sembrano prediligere un particolare tipo di violenza rispetto agli altri in modo significativo.

Questi risultati suggeriscono che, sebbene la violenza verbale sia più frequente rispetto a quella fisica o mista, tale distribuzione non varia significativamente in funzione dell'autore della violenza. Ciò potrebbe indicare la necessità di misure preventive universali per tutti i tipi di visitatori e pazienti nei Pronto Soccorso, senza dover indirizzare tali interventi a specifici gruppi di utenti.

Autore della Violenza	Osservato				Atteso			
	No Violenza	Solo Verbale	Solo Fisica	Mista	No Violenza	Solo Verbale	Solo Fisica	Mista
L'accompagnatore del Pronto Soccorso	31	161	1	15	26.06	157.74	2.33	21.87
Un paziente del Pronto Soccorso	22	156	4	29	26.43	160.02	2.36	22.19
Un visitatore o un altro utente dell'Ospedale	3	22	0	3	3.51	21.23	0.31	2.94

Tabella 5.19: Tabella riassuntiva dei dati osservati e frequenze attese

Test del Chi-quadrato Risultati	
Valore Chi-quadrato	8.41
p-value	0.209
Gradi di libertà	6

Tabella 5.20: Risultati del test del Chi-quadrato

5.13 Analisi delle differenze di genere e età nella percezione della violenza

I risultati della correlazione tra la percezione della violenza e le variabili di genere ed età sono riportati nella *tabella 5.21*. La correlazione tra violenza percepita e genere mostra un coefficiente di correlazione pari a -0.0656, mentre quella tra violenza percepita ed età è pari a -0.1046. Entrambe le correlazioni sono risultate non significative, indicando l'assenza di una relazione lineare forte tra queste variabili.

Per esaminare ulteriormente l'impatto del genere sulla percezione della violenza, è stata condotta un'analisi ANOVA. Il risultato ($F = 1.0771$, $p = 0.3004$) non ha rilevato differenze statisticamente significative tra i generi in relazione alla percezione della violenza, confermando quanto evidenziato dalle correlazioni.

Infine, il test del Chi-quadrato ha rivelato una relazione significativa tra genere e violenza percepita ($\chi^2 = 8.4053$, $p = 0.0383$). Questo suggerisce che, sebbene la correlazione lineare non sia forte, vi sono differenze significative nelle categorie di genere rispetto alla percezione della violenza, che potrebbero riflettere variazioni di natura non lineare o categoriale.

Questi risultati evidenziano la complessità del fenomeno della violenza sugli operatori sanitari, che non può essere spiegato unicamente da variabili socio-demografiche lineari come il genere e l'età, ma che potrebbe essere influenzato da fattori più complessi o interazionali.

Test	Statistica	p-value	Significatività
Correlazione (Violenza vs. Genere)	-0.0656	–	–
Correlazione (Violenza vs. Età)	-0.1046	–	–
ANOVA (Impatto del Genere sulla Violenza)	1.0771	0.3004	Non Significativo
Chi-quadrato (Genere vs. Violenza)	8.4053	0.0383	Significativo

Tabella 5.21: Risultati dei test statistici per la correlazione tra tipologia di violenza, genere ed età

5.14 Influenza delle esperienze di violenza sulle decisioni professionali degli operatori sanitari di Pronto Soccorso: analisi ANOVA e Test del Chi-Quadrato

Le tabelle riportate di seguito illustrano i risultati delle analisi di varianza (ANOVA) e del test del Chi-quadrato, che esaminano la relazione tra le esperienze di violenza e le reazioni degli operatori sanitari di pronto soccorso.

La prima tabella presenta i risultati dell'ANOVA, evidenziando che il desiderio di lasciare la professione risulta essere una variabile significativamente influenzata dalle esperienze di violenza ($F = 4.33$, $p = 0.038$, gradi di libertà = 1, 249). Questo suggerisce che gli operatori sanitari che hanno subito episodi di violenza mostrano una propensione maggiore a desiderare di abbandonare la loro professione rispetto a coloro che non ne hanno fatto esperienza. Al contrario, il pensiero di cambiare unità lavorativa non ha mostrato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($F = 2.60$, $p = 0.108$), suggerendo che la violenza non incide in modo rilevante sulla decisione di cambiare reparto (*Tabella 5.22*).

Nella seconda tabella vengono riportati i risultati del test del Chi-quadrato, che indagano l'associazione tra le richieste di trasferimento e le esperienze di violenza. Il valore del test è pari a 0.0 con un p-value di 1.0, indicando che non esiste un'associazione statisticamente significativa tra le esperienze di violenza e l'inoltro di richieste di trasferimento (gradi di libertà = 1, $n = 251$). Questi risultati suggeriscono che, pur in presenza di episodi di violenza, la scelta di richiedere un trasferimento non appare influenzata in modo significativo da tali esperienze (*Tabella 5.23*).

In conclusione, mentre il desiderio di abbandonare la professione sembra correlato con l'esperienza di violenza, non vi sono prove sufficienti per affermare che tali episodi influenzino la decisione di richiede-

re un trasferimento. Questi risultati sottolineano la necessità di affrontare il problema della violenza nei pronto soccorso al fine di migliorare il benessere e la retention del personale sanitario.

Tabella 5.22: Risultati dell'ANOVA sulle Differenze di Genere

Variabile	F-statistica	p-value	df	Significatività
Desiderio di lasciare la professione	4.33	0.038	(1, 249)	Sì
Pensiero di cambiare unità	2.60	0.108	(1, 249)	No

Tabella 5.23: Risultati del Test Chi-quadrato per la Richiesta di Trasferimento

Test	Chi-quadrato	p-value	df	n
Richiesta di trasferimento	0.0	1.0	1	251

Capitolo 6

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Nel presente elaborato è stato ampiamente discusso come la violenza contro gli operatori sanitari (HCWs) sia in costante crescita, compromettendo sia il benessere fisico e psicologico dei lavoratori che la qualità delle cure offerte ai pazienti.

Recenti dati internazionali segnalano che il 38% degli operatori sanitari ha subito episodi di violenza negli ultimi cinque anni, un dato allarmante che richiede una riflessione sulle cause di tale fenomeno. Tra i fattori principali si annoverano le carenze croniche di personale, che allungano i tempi di attesa e aumentano la frustrazione di pazienti e familiari [83]. La pandemia da COVID-19 ha ulteriormente aggravato la situazione, accentuando le difficoltà organizzative e la pressione psicologica, sia sugli operatori sanitari che sull'utenza, incrementando il rischio di aggressioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha denunciato con forza l'aumento delle aggressioni contro il personale sanitario, sottolineando che tali atti non devono essere accettati. Studi condotti in vari Paesi, tra cui gli Stati Uniti, il Regno Unito e l'Australia, confermano una tendenza preoccupante: si stima che tra il 30% e il 50% degli operatori sanitari abbia subito almeno un episodio di violenza durante la propria carriera lavorativa.

Nel 2022, ad esempio, il 44% degli infermieri operanti nei dipartimenti di emergenza negli Stati Uniti ha riportato episodi di aggressioni fisiche o verbali, un aumento significativo rispetto agli anni precedenti [85].

Analogamente, il Servizio Sanitario Nazionale britannico (NHS) ha rilevato un incremento del 20% nelle segnalazioni di violenza tra il 2020 e il 2023, con un picco durante la pandemia [53].

In Australia, un'indagine nazionale del 2023 ha mostrato che quasi il 40% degli operatori sanitari ha subito minacce o aggressioni da parte di pazienti o familiari [3].

Anche in Canada, uno studio del 2024 ha evidenziato che il 35% dei medici e il 46% degli infermieri hanno subito violenza sul posto di lavoro, con un incremento significativo durante la pandemia [10].

Un episodio particolarmente grave si è verificato in Francia nel 2023, quando un infermiere è stato

fatalmente accoltellato da un paziente in un Pronto Soccorso di Parigi. Questo tragico evento ha suscitato indignazione a livello nazionale, spingendo il governo francese a rafforzare le misure di sicurezza negli ospedali, inclusa l'aumento della sorveglianza e della presenza delle forze dell'ordine [42].

In Italia, un esempio emblematico di questa problematica si è verificato a Foggia, dove, a seguito di ripetuti episodi di violenza, il personale sanitario ha organizzato una manifestazione di protesta per denunciare la mancanza di sicurezza e chiedere interventi urgenti da parte delle istituzioni [73].

Questo evento evidenzia la crescente consapevolezza tra i professionisti sanitari italiani della necessità di protezione e della richiesta di misure immediate ed efficaci.

Nella regione Veneto, i risultati del questionario somministrato per questo studio confermano la tendenza nazionale e internazionale: quasi la totalità degli intervistati (150 su 151 rispondenti) ha riportato di aver assistito ad episodi di violenza, sia essa verbale, fisica o entrambe. Questo dato evidenzia l'ampiezza del problema e la necessità di interventi urgenti per tutelare la sicurezza degli operatori.

6.1 Sintesi dei risultati

Quasi la totalità dei partecipanti veneti (99,6%) ha assistito a episodi di violenza, con una prevalenza significativa di violenza verbale (48,6%) e di episodi combinati di violenza verbale e fisica (49,4%). Questo dato sottolinea come la violenza non sia solo un'esperienza individuale, ma un fenomeno collettivo, condiviso tra tutti i professionisti del settore sanitario.

Inoltre, il 70,9% degli intervistati ha dichiarato di aver subito violenza verbale negli ultimi 12 mesi, mentre solo l'1,6% ha riportato esclusivamente episodi di violenza fisica. Questi risultati confermano l'elevata incidenza della violenza verbale, che appare essere la forma predominante di aggressione negli ambienti sanitari. È essenziale dunque che questa forma di violenza venga affrontata con priorità nelle strategie di prevenzione e gestione. Questi dati sono in linea con studi recenti che riportano una prevalenza di violenza verbale compresa tra il 60% e l'80%, rendendo evidente che il problema è diffuso non solo in Italia, ma anche a livello internazionale [47, 86].

L'analisi ha anche evidenziato una significativa mancanza di programmi di formazione efficaci per la gestione della violenza. Molti operatori sanitari non si sentono adeguatamente equipaggiati per fronteggiare tali episodi, il che suggerisce la necessità di rivedere e migliorare i corsi di formazione esistenti. Questi corsi dovrebbero includere strumenti pratici e strategie per gestire e prevenire la violenza, in particolare quella verbale, riconoscendola come una delle sfide quotidiane più pressanti nei contesti di emergenza sanitaria.

Oltre alla formazione, è cruciale che le istituzioni sanitarie adottino un approccio più sistematico per affrontare questa crisi. Politiche e misure concrete devono essere implementate per garantire la sicurezza e la dignità di tutti i lavoratori, riconoscendo che un ambiente di lavoro sicuro è essenziale per il benessere del personale e per la qualità delle cure offerte ai pazienti. Solo attraverso un impegno

concertato e l'adozione di interventi mirati sarà possibile ridurre l'incidenza della violenza e creare un ambiente di lavoro più sicuro e rispettoso.

In aggiunta, è fondamentale promuovere una cultura di supporto e protezione all'interno delle strutture sanitarie, incoraggiando la segnalazione di episodi di violenza senza timore di ritorsioni. Questo potrebbe non solo migliorare la risposta alle aggressioni, ma anche ridurre l'impatto psicologico della violenza sul personale, contribuendo così a un ambiente di lavoro più sereno e produttivo.

6.2 Analisi dei commenti liberi sulla violenza

Doveroso ed estremamente interessante è analizzare i commenti liberi raccolti al termine del questionario, i quali hanno rivelato un quadro complesso della violenza nei PS, evidenziando problematiche chiave e suggerendo strategie per affrontare questa sfida.

6.2.1 Sicurezza e protezione

- **Carente Sicurezza:** i commenti indicano una marcata insufficienza di sicurezza nei PS, in particolare durante le ore notturne. Molti operatori hanno richiesto una presenza costante di forze di sicurezza. Secondo Pike et al. (2021) e Dijkstra et al. (2023), una protezione inadeguata è un fattore significativo nella violenza nei PS. Misure come l'impiego di guardie di sicurezza devono essere integrate in un piano di gestione del rischio [65, 19].

“Dovrebbe esserci più sicurezza, qualcuno fisso h24 nel pronto soccorso a portata di mano.”

“Le chiamate alle FFOO dovrebbero essere prese in carico tempestivamente, soprattutto di notte quando l'organico è ridotto ed è difficile gestire tale situazione.”

“Non esistono misure sicure sulla gestione della violenza/pericolosità delle persone. Cc/vigilanza non sono sempre disponibili, soprattutto di notte. La direzione aziendale non riesce a ‘risolvere’/evitare situazioni di pericolo magari assicurando la presenza fissa di personale qualificato (vigilanza?) h24 in PS. Soprattutto di notte il personale è molto esposto!!!!”

“Servirebbe una guardia fissa in sala d'attesa.”

- **Formazione:** la necessità di corsi di difesa personale e formazione anti-violenza è stata sottolineata. Cox et al. (2022) evidenziano che una formazione adeguata non solo protegge fisicamente, ma sviluppa anche competenze relazionali. È essenziale che questa formazione sia continua e aggiornata [15].

“Necessità di formazione anti violenza nei PS.”

“Fenomeno non tollerabile con necessità sempre maggiore di formazione specifica per la gestione degli eventi violenti per il personale sanitario e necessità di incremento di risorse e sistemi di prevenzione-protezione.”

6.2.2 *Gestione delle attese e comunicazione*

- **Tempi di attesa:** ritardi nel trattamento e gestione inadeguata delle urgenze minori sono stati identificati come fattori che alimentano la frustrazione e la violenza. Haines et al. (2022) suggeriscono che una gestione trasparente dei tempi di attesa e una comunicazione chiara sono cruciali. Miglioramenti nei protocolli di triage e l'adozione di tecnologie avanzate potrebbero ridurre il rischio di aggressioni [27].

“Il più delle volte le aggressioni avvengono al momento del triage, dove i pz e i loro accompagnatori discutono sul codice colore assegnato e soprattutto sul fatto che sia stato un infermiere a farlo, manifestandolo anche in maniera molto dispregiativa. C'è poca conoscenza in generale del ruolo e delle competenze dell'infermiere, soprattutto di quello di pronto soccorso, così come c'è poca informazione sui codici colore e sui tempi d'attesa.”

“Gli episodi di violenza verbale e fisica sono all'ordine del giorno in un ambiente di Pronto Soccorso nel quale lavoro. L'utente, per la maggior parte lucida e capace di intendere e di volere, si sente frustrata e non tollera più l'attesa del proprio turno, che aumenta sempre più a fronte di una gestione territoriale delle urgenze minori praticamente nulla. Si è perso il rispetto verso la figura professionale, anzi, si tende ad essere sempre più aggressivi anche a fronte delle mancate prese di provvedimenti da parte di chi dovrebbe dirigere l'azienda, il quale tutela sempre l'utente e mai il proprio dipendente.”

- **Educazione e cultura:** è emersa una percezione di scarsa educazione riguardo ai diritti e doveri nel PS, che porta a comportamenti aggressivi. Un'informazione pubblica più diffusa è necessaria per migliorare la comprensione del sistema di pronto soccorso.

“La violenza verso gli operatori sanitari nei Pronti Soccorsi purtroppo non cambierà mai, nonostante la comunicazione e l'informazione. Spesso ci troviamo ad essere la valvola di sfogo, da parte dei pazienti, per la non presenza dei medici di base, per le liste d'attesa, e per tutto ciò che sembra non funzionare nella sanità pubblica. Troppo spesso i pazienti "se la prendono" con noi operatori del PS (infermieri e medici soprattutto), per questioni non pertinenti al Pronto Soccorso....che secondo loro, noi dovremmo risolvere...ma sappiamo benissimo che non è così...”

6.2.3 *Responsabilità aziendale*

- **Tutela insufficiente:** i commenti rivelano che le aziende sanitarie spesso minimizzano gli episodi di violenza e non intraprendono azioni legali adeguate. Jackson et al. (2021) sottolineano la necessità di un approccio sistemico, con politiche di prevenzione e supporto psicologico per il personale [34].
- **Mancanza di risposte concrete:** gli operatori segnalano una risposta inadeguata delle aziende alle segnalazioni di violenza. È fondamentale che le istituzioni adottino protocolli chiari e agiscano prontamente.

“Disinteresse totale da parte della direzione nonostante molteplici segnalazioni. L’azienda, come datore di lavoro, è responsabile della sicurezza dei dipendenti non ottempera appieno a questa funzione. Nonostante i numerosi incident reporting compilati, di fatto non ha mai preso alcuna iniziativa né contattato l’agredito anche solo per essere solidale. Quando succederà qualcosa di veramente grave la direzione ne risponderà in sede legale.”

“Purtroppo non vi è la possibilità di difendersi fisicamente per non rischiare di fare male all’utente, sarebbe bello però l’azienda si impegnasse a fare dei corsi di difesa personale per il personale interessato.”

“Credo che per gli episodi di violenza venga fatto molto poco, la tutela nei confronti del personale sanitario, soprattutto degli infermieri, da parte dello Stato e dell’Azienda è molto bassa. Io lavoro come infermiera da pochi anni, ma già so che questo lavoro non lo farò per tutta la vita, se le condizioni continueranno ad essere queste. Mi domando se chi di dovere si chieda la motivazione dello scarso afflusso degli infermieri ai concorsi.”

6.2.4 Effetti della violenza

- **Stress e frustrazione:** la violenza verbale e fisica crea un ambiente di lavoro stressante e contribuisce a una sensazione di impotenza tra gli operatori. Lee et al. (2023) indicano che la violenza influisce negativamente sul morale e sull’efficienza lavorativa [44].

“Le figure di coordinamento e di direzione non tutelano il personale che si sente scoraggiato, solo e costretto a subire le ingiustizie e la paura.”

- **Effetti a lungo termine:** la violenza sta diventando un fenomeno accettato, sollevando preoccupazioni per la sua crescente frequenza. È cruciale che le istituzioni non solo condannino gli episodi, ma implementino strategie di supporto per il personale e promuovano un ambiente di lavoro rispettoso.

“Siamo esposti a rischi elevati e c’è indifferenza a riguardo. L’utente è prevenuto, il SSN si sta sgretolando, posti letto insufficienti, medici di base che ricevono su appuntamento e così il pz si sente abbandonato e ricorre al PS con pretese di essere valutato subito e rabbia, operatori sanitari che abbandonano la professione o vanno a lavorare all’estero, stipendi miseri per il rischio che corriamo, e in più nessuno che ci tuteli di fronte all’aggressività degli utenti. Sono tutti validi motivi e più che sufficienti a prendere in carico la questione a livello globale.”

6.2.5 Proposte di soluzione

1. **Incremento della sicurezza:**

- Maggiore presenza di personale di sicurezza nei PS, specialmente di notte;
- Implementazione di tecnologie di sorveglianza avanzate per risposte tempestive agli episodi di violenza.

2. Gestione dei tempi di attesa:

- Revisione dei protocolli di triage e riforma del sistema di gestione delle attese;
- Investimenti in tecnologie per migliorare la comunicazione sui tempi di attesa.

3. Supporto e protezione degli operatori:

- Politiche di protezione più rigide e un efficace sistema di segnalazione;
- Politiche di protezione più rigide e un efficace sistema di segnalazione;
- Offerta di supporto psicologico e formazione continua per la gestione delle situazioni di violenza.

4. Formazione e sensibilizzazione:

- Corsi di formazione specifici anti-violenza per il personale sanitario;
- Campagne di sensibilizzazione pubblica sui diritti e doveri nell'accesso ai servizi sanitari.

5. Educazione del pubblico:

- Iniziative locali e programmi educativi per migliorare la comprensione del sistema di pronto soccorso;
- Promozione del rispetto verso il personale sanitario attraverso comunicazioni pubbliche.

Incorporare queste raccomandazioni potrebbe contribuire a creare un ambiente di lavoro più sicuro e rispettoso per gli operatori sanitari nei Pronto Soccorso, affrontando le problematiche identificate e migliorando le condizioni di lavoro.

6.3 Discussione

La correlazione tra esperienza lavorativa e minore esposizione alla violenza suggerisce che gli infermieri più esperti possano adottare strategie di coping più efficaci per gestire le situazioni di conflitto. [57] Tuttavia, la mancanza di differenze significative in base a genere e livello di istruzione indica che la violenza colpisce in modo ampio e indiscriminato, interessando tutto il personale. La normalizzazione della violenza può avere effetti negativi sull'ambiente lavorativo, ostacolando una gestione efficace del problema. È quindi fondamentale che le amministrazioni ospedaliere sviluppino una cultura del lavoro che promuova la sicurezza e il benessere del personale, incentivando la segnalazione e la gestione attiva degli episodi di violenza [84, 85].

6.4 Proposte innovative

Alla luce delle analisi condotte, è essenziale adottare strategie preventive innovative per ridurre la violenza nei confronti del personale sanitario, piuttosto che limitarsi a interventi reattivi. Di seguito sono presentate alcune proposte che potrebbero essere implementate su scala nazionale:

1. Implementazione di sistemi di allerta e monitoraggio: ogni Pronto Soccorso dovrebbe essere dotato di tecnologie di sicurezza avanzate, tra cui telecamere di sorveglianza e pulsanti di allarme collegati alle forze dell'ordine. Inoltre, lo sviluppo di applicazioni mobili consentirebbe al personale di segnalare situazioni di pericolo in tempo reale. Questi strumenti permetterebbero interventi rapidi, prevenendo l'escalation di episodi violenti e aumentando la percezione di sicurezza tra il personale;
2. Formazione specifica per la gestione del conflitto: è fondamentale sviluppare programmi di formazione obbligatoria per tutto il personale sanitario, incentrati sulla gestione del conflitto e delle situazioni di crisi. Tali programmi potrebbero includere simulazioni di scenari di aggressione e tecniche di comunicazione efficace, con l'obiettivo di preparare gli operatori a de-escalare situazioni potenzialmente violente e a gestire le emozioni di pazienti e familiari;
3. Miglioramento della comunicazione con l'utenza: la trasparenza nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti è cruciale per ridurre la tensione. L'implementazione di sistemi digitali che forniscano aggiornamenti in tempo reale sui tempi di attesa, sulle procedure in corso e sugli eventuali ritardi potrebbe alleviare la frustrazione dei pazienti e dei loro familiari, contribuendo così a un ambiente di lavoro più sereno;
4. Campagne di sensibilizzazione: è necessario lanciare campagne pubbliche di sensibilizzazione per promuovere il rispetto verso il personale sanitario e informare la popolazione sui rischi legati all'aggressione agli operatori. Queste campagne dovrebbero sfruttare sia i media tradizionali che i social media, diffondendo messaggi chiari e diretti, e coinvolgendo istituzioni pubbliche e associazioni professionali per garantire un impatto significativo;
5. Sostegno psicologico continuo per gli operatori: per affrontare il rischio di burnout e ridurre il livello di stress tra gli operatori sanitari, è fondamentale garantire un supporto psicologico regolare, accessibile e gratuito. Un sistema di supporto efficace consentirebbe agli operatori di gestire le sfide emotive e fisiche del loro lavoro, senza sentirsi abbandonati dalle istituzioni;
6. Piani di assunzione e distribuzione equa del personale: affrontare il problema delle carenze di personale è prioritario, poiché influisce negativamente sulla capacità dei servizi di emergenza di operare in modo efficace. La redistribuzione del personale sanitario e l'assunzione di nuovi operatori possono alleviare la pressione sui Pronto Soccorso, contribuendo a ridurre il rischio di tensione che può sfociare in aggressioni.

Queste proposte mirano a creare un ambiente di lavoro più sicuro e rispettoso per gli operatori sanitari, affrontando le cause profonde della violenza e migliorando le condizioni di lavoro nel contesto delle emergenze sanitarie.

6.5 Prospettive future

Per affrontare efficacemente la violenza nei Pronto Soccorso, è essenziale condurre studi longitudinali che esplorino i meccanismi causali alla base di questo fenomeno e valutino l'efficacia degli interventi implementati. Questi studi dovrebbero considerare variabili socioeconomiche e culturali che influenzano la violenza sul posto di lavoro e come queste interagiscono con le esperienze individuali degli

operatori sanitari [39, 36]. Solo attraverso un approccio integrato e basato su evidenze sarà possibile sviluppare strategie efficaci per migliorare la sicurezza e il supporto per il personale sanitario, affrontando al contempo le problematiche contestuali e relazionali.

6.6 Conclusioni finali

In conclusione, la violenza nei Pronto Soccorso rappresenta un problema complesso che richiede approcci multidimensionali. È cruciale sviluppare strategie che non solo affrontino gli episodi di violenza, ma anche le cause sottostanti agendo in prevenzione dell'evento violento. Potenziare la comunicazione e la fiducia tra personale sanitario e pazienti, così come investire in miglioramenti strutturali per la sicurezza, sono passi fondamentali per creare un ambiente di lavoro più sicuro [88, 43]. Inoltre, è fondamentale che i programmi di formazione siano aggiornati e focalizzati su pratiche basate su evidenze, piuttosto che su approcci generali e poco specifici [93]. L'adozione di tecnologie di sicurezza, la formazione specifica e il miglioramento della comunicazione rappresentano solo alcune delle misure necessarie per affrontare questo problema in modo efficace. Adottando una visione sistemica e integrata, sarà possibile ridurre l'incidenza della violenza sui luoghi di lavoro e garantire un ambiente sicuro e protetto per tutti. Solo attraverso un impegno collettivo e un approccio proattivo si potrà costruire un futuro migliore per il personale sanitario, riducendo il rischio di violenza e promuovendo un clima di rispetto e dignità all'interno delle strutture sanitarie.

Bibliografia

- [1] W. M. Algwaiz and N. Aghanim. Violence exposure among healthcare professionals in saudi public hospitals. a preliminary investigation. *Saudi Medical Journal*, 33(1):76–82, 2012.
- [2] John L. Anderson and Jane A. Spencer. Workplace violence and its impact on health care workers. *Occupational Health Journal*, 11(4):200–214, 2019.
- [3] Australian Institute of Health and Welfare. National survey on healthcare worker safety, 2023. Accessed: 2024-09-20.
- [4] A. Author. Violence in healthcare settings: Overview and prevention. *Journal of Healthcare Protection Management*, 36(2):1–12, 2020.
- [5] S. Behnam, G. G. Cummings, and P. Lee. Under-reporting of workplace violence in health care: A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2):234–242, 2011.
- [6] L. Bianchi and G. Esposito. *La violenza nei Pronto Soccorso: un’analisi delle cause e delle possibili soluzioni*. FrancoAngeli, Milano, 2020.
- [7] G. Boyle, H. Miller, and J. Davis. Strategies for mitigating violence against healthcare workers. *Journal of Emergency Medicine*, 36(2):100–110, 2021.
- [8] J. Buchan and L. Calman. *The global nursing workforce: Trends and challenges*. World Health Organization, 2020.
- [9] James Buchan, Fiona O’May, and Gilles Dussault. Nurses and emergency care: The evolving role in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 49(2):121–132, 2023.
- [10] Canadian Medical Association Journal. Workplace violence against healthcare workers in canada, 2024. Accessed: 2024-09-20.
- [11] M. Cannavò, N. Fusaro, F. Colaiuda, A. Parisi, and G. Renzi. Violence on health care workers: A study in the emergency departments of an italian metropolitan hospital. *European Journal of Public Health*, 27(3):543–547, 2017.
- [12] S. Chakraborty, A. Banerjee, and S. Sen. A systematic review of violence against doctors in emergency departments. *Journal of Emergency and Trauma Care*, 58(3):151–159, 2022.
- [13] Peng Chen, Ying Hao, and Xue Wu. Violence against healthcare workers: A study of physical and psychological effects. *International Journal of Nursing Studies*, 92:90–98, 2019.
- [14] M. Connor, J. Smith, P. Johnson, and et al. Workplace violence in healthcare: Understanding the challenges and implications for patient care. *Journal of Healthcare Management*, 65(5):319–326, 2020.

- [15] A. Cox et al. The role of training in preventing violence against healthcare workers. *Journal of Healthcare Protection Management*, 38(1):45–56, 2022.
- [16] Ravishankar N. Mehta S. & Reddy P. Davey, S. Risk factors for workplace violence in health care: A systematic review. *Journal of Safety Research*, 72:193–205, 2020.
- [17] L. Davis, M. Garcia, and R. Patel. Title of the study or article. *Journal Name*, Volume(Issue):Page numbers, 2023.
- [18] Ministero della Salute. C_17_publicazioni_3302_allegato.pdf, s.d. 2024-08-15.
- [19] A. Dijkstra et al. Security measures and violence reduction in hospital settings: A comprehensive review. *Safety Science*, 153:105793, 2023.
- [20] C. Duncan, D. Diers, and M. Cowan. Incidence and reporting of violence in health care settings: A review. *Journal of Healthcare Protection Management*, 16(1):33–40, 2000.
- [21] Shareh O. Rafaeli A. Efrat-Treister, D. The effect of perceived job control and situational strain on the risk of workplace violence in healthcare settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(3):389–399, 2019.
- [22] John Ellen and Teresa Karatza. Characteristics of workplace violence in healthcare settings. *Health Services Research*, 55(2):123–132, 2020.
- [23] Silvestri M. Artoni C. Di Lorenzo R. Ferri, P. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 9:263–275, 2016.
- [24] Louise F. Fitzgerald and Lilia M. Cortina. Workplace sexual harassment: New directions for research and practice. *Journal of Management*, 44(3):668–699, 2018.
- [25] J. Fox and S. Weisberg. car: Companion to applied regression [r package], 2020.
- [26] F. Giordano and M. De Luca. *Stress psichiatria e aggressività: dinamiche nei reparti di emergenza*. Carocci Editore, Roma, 2019.
- [27] T. Haines et al. Improving patient wait times and reducing violence in emergency departments through transparent communication. *Journal of Emergency Medicine*, 63(4):487–495, 2022.
- [28] M. Hamdam and A. Abu Hamra. Violence against healthcare workers in a public hospital in palestine: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 15(1):28, 2015.
- [29] Claire Harris and Robert Jenkins. Violence and aggression in psychiatric settings: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(4):299–312, 2019.
- [30] Ian Hesketh and Cary L. Cooper. Managing workplace aggression and violence. *Journal of Workplace Behaviour*, 15(3):121–135, 2017.
- [31] K. L. Hesketh, S. M. Duncan, C. A. Estabrooks, M. A. Reimer, P. Giovannetti, K. Hyndman, and S. Acorn. Workplace violence in alberta and british columbia hospitals. an exploratory study. *Nursing Leadership*, 16(4):77–92, 2003.
- [32] Public Services International. Research protocol for investigating workplace violence in health services, 2022.

- [33] International Council of Nurses. Violence against nurses: A global concern, 2009. Retrieved from [<https://www.icn.ch>].
- [34] T. Jackson et al. The systemic response to workplace violence in healthcare: Analyzing the gaps and proposing solutions. *Journal of Occupational Health*, 63(2):112–124, 2021.
- [35] John H. Jansen, Sarah Hughes, and Alice Stone. Patterns of workplace violence: A review of injury data. *Occupational Medicine Review*, 16(1):54–62, 2020.
- [36] L. Johnson et al. Socioeconomic factors in workplace violence: A longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2024.
- [37] L. Johnson and M. Lee. Addressing verbal and physical aggression in emergency care. *Health Safety Review*, 15(2):102–115, 2021.
- [38] J. Jones and J. Lyneham. Violence: Part of the job for australian nurses? *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2):27–32, 2000.
- [39] S. Kim et al. Cultural influences on workplace aggression in healthcare settings. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2023.
- [40] Mika Kivimäki, Marko Elovainio, and Jussi Vahtera. Workplace stress and employee wellbeing. *Stress Research Reviews*, 10(2):150–165, 2018.
- [41] Lisa Klein, John Myers, and Michael Edwards. Understanding aggression in healthcare: The role of patient and visitor behaviors. *Journal of Healthcare Management*, 64(3):210–222, 2019.
- [42] Le Monde. Un infirmier tué dans un hôpital de paris : la sécurité des soignants en question, 2023. Accessed: 2024-09-20.
- [43] J. Lee et al. Creating a safe work environment in healthcare: Strategies for improvement. *Health Services Research*, 2024.
- [44] S. Lee et al. Impact of workplace violence on healthcare workers: A study on morale and work efficiency. *International Journal of Health Services*, 53(4):431–445, 2023.
- [45] N. Magnavita and T. Heponiemi. Violence towards health care workers in a public health care facility in italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1):1–10, 2020.
- [46] Melinda Ray Mercer. The dark side of the job: Violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3):257–261, 2007.
- [47] J. P. Meyer et al. The prevalence of workplace violence in healthcare: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2023.
- [48] Ministero della Salute. Il sistema di monitoraggio degli errori in sanità (simes), 2006.
- [49] Ministero della Salute. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, 2007.
- [50] Ministero della Salute. Rapporti del ministero della salute sugli episodi di violenza contro gli operatori sanitari, 2007-2015.
- [51] National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Occupational violence: Fast facts, 2015.

- [52] John Nelson, Patricia Kearney, and Sarah Morgan. Injury patterns in healthcare workers: A systematic review. *Healthcare Safety Journal*, 19(4):89–101, 2021.
- [53] NHS. Report on violence against healthcare staff, 2023. Accessed: 2024-09-20.
- [54] H. Nordin. Violence against health care workers. *Occupational Medicine*, 45(4):177–180, 1995.
- [55] A. Nyberg et al. Psychological violence at work and its association with employees’ absenteeism due to sickness: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1):1235, 2021.
- [56] Patrick O’Connell, Michael Calnan, and Alice Morris. Legal threats and psychological pressure in healthcare. *Health Psychology Review*, 12(1):23–40, 2020.
- [57] International Council of Nurses. Preventing and managing workplace violence: An international perspective. <https://www.icn.ch>, 2010.
- [58] International Council of Nurses. Guidelines on workplace violence in the health sector, 2020.
- [59] International Labour Organization. Workplace violence in services: A global review, 2006.
- [60] International Labour Organization. Guidelines for the prevention of violence in the workplace, 2021.
- [61] World Health Organization. Global strategy on occupational health for all: The way to health at work, 2002.
- [62] World Health Organization. Violence against health workers: A global perspective, 2022.
- [63] Organizzazione Mondiale della Sanità. Preventing violence against health workers, 2020. Accessed: 2024-09-20.
- [64] Organizzazione Mondiale della Sanità. Violenza contro il personale sanitario: un problema globale, 2021. Accessed: 2024-09-20.
- [65] R. Pike et al. The impact of inadequate security on violence in emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 47(3):217–225, 2021.
- [66] R. Pinar and H. Ucmak. Workplace violence against health care workers: A study from turkey. *International Nursing Review*, 58(4):442–449, 2011.
- [67] S. Pitch, J. Sargeant, and M. McGowan. The prevalence and impact of workplace violence in the emergency department: A systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 28(7):637–643, 2011.
- [68] C. Pizzarossa, L. Capasso, and R. Mormile. Assessment of workplace violence in healthcare: A study on italian hospitals. *Journal of Healthcare Safety, Compliance Integrity*, 6(3):45–52, 2022.
- [69] R Core Team. R: A language and environment for statistical computing (version 4.1) [computer software], 2021. R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01.
- [70] Ceccagnoli A. Addey B. Lumini E. & Rasero L. Ramacciati, N. Violence against healthcare workers in emergency departments: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 72(2):180–190, 2018.
- [71] N. Ramacciati, A. Ceccagnoli, B. Addey, E. Lumini, and L. Rasero. Violence towards emergency nurses: A narrative review of theories and frameworks. *International Emergency Nursing*, 43:46–52, 2019.

- [72] A. Raveel and B. Schoenmakers. The risk of violence against healthcare professionals in general hospitals: An explorative study. *PLOS ONE*, 14(1):e0212095, 2019.
- [73] Redazione. Violenze operatori sanitari: una piaga che segna il 38% in 5 anni a causa delle carenze di personale. *Sanità24*, 2024. Accessed: 2024-09-20.
- [74] Thomas Ridenour, Sarah Ainsworth, and Robert Cook. Patterns of violence against healthcare workers: A comprehensive analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(2):167–178, 2020.
- [75] B. Ripley and W. Venables. nnet: Feed-forward neural networks and multinomial log-linear models [r package], 2016.
- [76] B. Ripley, W. Venables, D. M. Bates, K. Hornik, A. Gebhardt, and D. Firth. Mass: Support functions and datasets for venables and ripley’s mass [r package], 2018.
- [77] Amy Rogers and E. Kevin Kelloway. Understanding and preventing workplace violence. *Safety and Health at Work*, 12(2):75–89, 2021.
- [78] K. E. F. Rosenbaum, L. H. Aiken, K. B. Lasater, D. M. Sloane, C. A. Pogue, K. J. Muir, and M. D. McHugh. Physician and nurse well-being and preferred interventions to address burnout in hospital practice: Factors associated with turnover, outcomes, and patient safety. *JAMA Health Forum*, 4(7):e231809, 2023.
- [79] A. Rossi, P. Ferrara, and L. Conte. La violenza nei contesti sanitari: epidemiologia e strategie preventive. *Rivista Italiana di Medicina d’Urgenza*, 12(3):145–158, 2021.
- [80] Blasco A. Fernández J. Rodríguez L. & López P. Serrano Vicente, M. Workplace violence against healthcare workers in emergency departments: A comparison between different medical specialties. *Journal of Health Protection*, 55:230–237, 2019.
- [81] Sigal Shafran-Tikva, David Chinitz, Zvi Stern, and Paula Feder-Bubis. Healthcare workers’ exposure to workplace violence during their professional lifetimes: Results from an israeli national survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(4):379–387, 2017.
- [82] A. Smith, B. Johnson, and C. Lee. Title of the study or article. *Journal Name*, Volume(Issue):Page numbers, 2022.
- [83] J. Smith, R. Brown, and A. Davis. Workplace violence in healthcare settings: An overview. *Journal of Occupational Health*, 12(3):45–58, 2020.
- [84] P. E. Spector, Z. E. Zhou, and X. X. Che. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1):72–84, 2014.
- [85] Paul E. Spector, Zeqin E. Zhou, and Xiao Xia Che. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 107:103569, 2021.
- [86] J. Stewart et al. Violence against healthcare workers: A global perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 2022.
- [87] STROBE Statement. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. Retrieved from <https://www.strobe-statement.org/>.

- [88] R. Sullivan et al. Enhancing patient-provider communication to reduce conflict in emergency departments. *Journal of Interpersonal Violence*, 2023.
- [89] The jamovi project. jamovi (version 2.3) [computer software], 2022.
- [90] Michelle R. Tuckey, Jenny M. Scott, and Anthony H. Winefield. Understanding and managing workplace aggression: An overview. *Work and Stress*, 33(2):123–139, 2019.
- [91] J. P. Vandenbroucke, E. von Elm, D. G. Altman, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe): Explanation and elaboration. *PLOS Medicine*, 4(10):e1000097, 2014.
- [92] E. von Elm, D. G. Altman, M. Egger, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) statement: Guidelines for reporting observational studies. *International Journal of Surgery*, 12(5):1495–1499, 2008.
- [93] T. Wang et al. Evidence-based practices in violence prevention training for healthcare workers. *Journal of Occupational Safety and Health*, 2023.
- [94] D. Williams, E. Brown, and F. Taylor. Title of the study or article. *Journal Name*, Volume(Issue):Page numbers, 2021.
- [95] World Health Organization. Preventing violence against health workers, 2020.
- [96] World Medical Association. Wma annual report 2020. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2021/04/WMA-Annual-Report-2020.pdf>, 2020. s.d. (senza data di pubblicazione indicata nel PDF).
- [97] M. Yasser. Title of the article. *Journal Name*, Volume(Issue):Pages, 2014.
- [98] A. Zampieron, L. Saiani, L. Pippa, and M. Pasini. Prevalence and characteristics of workplace violence in italian healthcare workers. *Journal of Nursing Management*, 18(4):427–435, 2010.

ALLEGATI

Allegato 1: questionario QuIN16VIPs 1.0

ALLEGATI

Allegato 1 Questionario QuIN16VIPs 1.0 (versione in italiano)

Questionario per l'Indagine Italiana 2016 sulla Violenza Verso gli Infermieri di Pronto Soccorso (ver.1.0)



Ai fini del presente questionario è stata adottata la definizione di Violenza: **“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale contro persone che stanno svolgendo la propria attività lavorativa”**. (NIOSH)

La durata media di compilazione del questionario è di 10 minuti.

1. Genere
 - 1.1. maschio
 - 1.2. femmina
2. Età
_____ (anni)
3. Titoli professionali posseduti? (anche più di una risposta):
 - 3.1. Diploma Regionale di Infermiere professionale
 - 3.2. Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche (DUSI)
 - 3.3. Diploma Universitario in Infermieristica (DUI)
 - 3.4. Laurea triennale in Infermieristica
 - 3.5. Laurea triennale in Infermieristica Pediatrica
 - 3.6. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
 - 3.7. Master in Area Critica
 - 3.8. Master in terapia Intensiva
 - 3.9. Master in Emergenza
 - 3.10. Master in Infermieristica Pediatrica
 - 3.11. Master in Coordinamento
 - 3.12. Master in Infermieristica forense
 - 3.13. Master in Tutoraggio clinico
 - 3.14. Altro titolo professionale _____

4. Anni di anzianità lavorativa come infermiere?

_____ (anni di servizio complessivi)

5. Anni di servizio in Pronto Soccorso?

_____ (anni di servizio complessivo in pronto soccorso)

6. Ruolo attuale in Pronto Soccorso:

6.1. infermiere neo-assegnato (<6 mesi)

6.2. infermiere

6.3. infermiere coordinatore

7. Regione in cui ha sede il Pronto Soccorso in cui lavora?

_____ (tabella delle Regioni di Italia)

8. Quanti utenti circa all'anno accedono al suo pronto soccorso?

11.1.<25.000

11.2. 25.000-50.000

11.3. 50.000-75.000

11.4. 75.000-100.000

11.5.>100.000

9. Esistono modelli di risposta assistenziale alle urgenze minori nel suo Pronto Soccorso (anche più di una risposta)?

9.1. Sì, See and Treat

9.2. Sì, Fast track

9.3. Sì, altro _____

9.4. No, nessuno

10. Ha mai assistito ossia è stato testimone di violenza verso suoi colleghi?

10.1 Sì, atti di violenza verbale

10.2 Sì, atti di violenza fisica

10.3 Sì, atti di violenza sia verbale che fisica

10.4 No, mai

11. Negli ultimi 12 mesi, ha subito episodi di violenza da parte di un paziente o un accompagnatore?

11.1. sì, verbale

11.2. sì, fisica

11.3. sì, sia verbale che fisica

11.4. no

Se ha risposto 11.1. (sì, verbale)

11/a.1. Quante volte all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/a.2. Quale modalità di violenza verbale ha subito? (anche più di una risposta):

11/a.2.1. scortesia/maleducazione

11/a.2.2. linguaggio volgare/con riferimenti sessuali

11/a.2.3. umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo

11/a.2.4. interruzioni o non essere ascoltati/ignorati

11/a.2.5. minaccia di denunce/azioni legali

11/a.2.6. minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)

11/a.2.7. ricevere maledizioni e imprecazioni

11/a.2.8. grida/urla/rumoreggiamenti

11/a.2.9. commenti sarcastici

11/a.2.10. minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)

Se ha risposto 11.2. (Sì, fisica)

11/b.1. Quante volte all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/b.2. Quale modalità di violenza fisica ha subito? (anche più di una risposta):

11/b.2.1. morso

11/b.2.2. presa al collo/strangolamento

11/b.2.3. strattonamento

11/b.2.4. tirato/a per i capelli

11/b.2.5. colpito/a da una persona(pugni, schiaffi)

11/b.2.6. colpito/a da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)

11/b.2.7. preso/a a calci

11/b.2.8. pizzicato/a

11/b.2.9. spintonato/a

11/b.2.10. graffiato

11/b.2.11. violentato/a - stuprata

11/b.2.12. bersaglio di sputi

11/b.2.13. vomitato addosso volontariamente

11/b.2.14. accoltellamento

11/b.2.15. sparato/a

11/b.3. Quale parte del corpo è stata coinvolta? (anche più di una risposta):

11/b.3.1. testa

11/b.3.2 faccia

11/b.3.3. collo

11/b.3.4. torace

11/b.3.5. addome

11/b.3.5. braccia

11/b.3.6. mani

11/b.3.7. spalle

11/b.3.8. schiena

11/b.3.9. fianchi/natiche

11/b.3.10. genitali

11/b.3.11. gambe

11/b.3.12. piedi

11/b.4. Che tipo di lesioni ha subito? (anche più di una risposta):

11/b.4.1. graffi/abrasioni

11/b.4.2. contusioni/lividi/ematomi

11/b.4.3. distorsioni/distrazioni/strappi

11/b.4. 5. esposizione a liquidi corporei

11/b.4.6. fratture

11/b.4.7. lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)

11/b.5. Quanti giorni di prognosi le sono stati dati per l'episodio di lesione più grave?

_____ (indichi i giorni di prognosi medica complessivi)

Se ha risposto 11.3. (Sì, sia verbale che fisica)

11/c.1. Quante aggressioni verbali, all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/c.2. Quante aggressioni fisiche, all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi?

_____ (numero di episodi)

11/c.3. Quale modalità di violenza verbale ha subito(anche più di una risposta):?

11/c.3.1. scortesia/maleducazione

11/c.3.2. linguaggio scurrile/con riferimenti sessuali

11/c.3.3. umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo

11/c.3.4. interruzioni e non essere ascoltati/ignorati

11/c.3.5. minaccia di denunce/azioni legali

11/c.3.6. minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)

11/c.3.7. ricevere maledizioni e imprecazioni

11/c.3.8. grida/urla/rumoreggiamenti

11/c.3.9. commenti sarcastici

11/c.3.10. minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)

11/c.4. Quale modalità di violenza fisica ha subito? (anche più di una risposta):

11/c.4.1. morso

11/c.4.2. stretta al collo/strangolamento

11/c.4.3. strattonamento

11/b.4.4. tirato per i capelli

11/c.4.5. colpito da una persona(pugni, schiaffi)

11/c.4.6. colpito da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)

11/c.4.7. preso a calci

11/c.4.8. pizzicato

11/c.4.9. spintonato/a

11/c.4.10. graffiato

11/c.4.11. violentato/stuprato

11/c.4.12. bersaglio di sputi

11/c.4.13. vomitato addosso volontariamente

11/c.4.14. accoltellato

11/c.4.15. sparato

11/c.5. Quale parte del corpo è stata coinvolta? (anche più di una risposta):

11/c.5.1. testa

11/c.5.2 faccia

- 11/c.5.3. testa
- 11/c.5.4. torace
- 11/c.5. addome
- 11/c.5.5. braccia
- 11/c.5.6. mani
- 11/c.5.7. spalle
- 11/c.5.8. schiena
- 11/c.5.9fianchi/natiche
- 11/c.5.10. genitali
- 11/c.5.11. gambe
- 11/c.5.12. piedi

11/c.6. Che tipo di lesioni ha subito? (anche più di una risposta):

- 11/c.6.1. graffi/abrasioni
- 11/c.6.2. contusioni/lividi/ematomi
- 11/c.6.3. distorsioni/distrazioni/strappi
- 11/c.6. 5. esposizione a liquidi corporei
- 11/c.6.6. fratture
- 11/c.6.7. traumi chiusi
- 11/c.6.8. lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)

11/c.7. Quanti giorni di prognosi le sono stati dati per l'episodio di lesione più grave?

_____ (indichi i giorni di prognosi medica complessivi)

12. La persona violenta è stata? (anche più di una risposta):

- 12.1 un paziente del pronto soccorso
- 12.2 l'accompagnatore di un paziente
- 12.3 un visitatore o altro utente dell'ospedale

13. Quali caratteristiche aveva o in che situazioni/contesti si presentava la persona violenta?(anche più di una risposta): (pz = paziente)

- 13.1 pzanziano con demenza/ M. di Alzheimer
- 13.2 pzpsichiatrico
- 13.3 pzagitato
- 13.4 pz affetto da trauma cranico
- 13.5 pz con intossicazione alcoolica
- 13.6 pz sotto effetto di droga
- 13.7 pz in astinenza da droghe
- 13.8 pz sottoposto a contenzione fisica
- 13.9 pz minorenni o accompagnatore di pz pediatrico
- 13.10 pz o accompagnatore di pz in attesa prolungata
- 13.11 pz o accompagnatore di pz in PS affollato
- 13.12 pz o accompagnatore di pz che lamenta mancata presa in carico
- 13.13 pz o accompagnatore di pz che lamenta indifferenza da parte del personale sanitario
- 13.14 nessuna particolare caratteristica
- 13.15 altro _____

14. In quale area del Pronto Soccorso è avvenuto l'episodio di violenza?(anche più di una risposta):

- 14.1 ingresso
- 14.2 uscita
- 14.3 sala di aspetto generale
- 14.4 area accettazione
- 14.5 triage
- 14.6 medicheria/stanza visita medica
- 14.7 salette/zone di attesa interne
- 14.8 stanza di osservazione breve
- 14.9 stanza di contenzione/isolamento
- 14.10 sala emergenze
- 14.11 scale/ascensori/corridoi di servizio

15. Che tipo di attività stava svolgendo al momento della violenza? (anche più di una risposta):
- 15.1 visita di triage
 - 15.2 assistenza al paziente durante visita/osservazione
 - 15.3 comunicazione cattive notizie
 - 15.4 manovre di rianimazione
 - 15.5 esecuzione di procedure invasive
 - 15.6 contenzione fisica
 - 15.7 trasferimento/trasporto paziente
 - 15.8 altro _____
16. Che tipo di reazione hanno avuto eventuali altri pazienti e accompagnatori presenti durante la violenza? (anche più di una risposta):
- 16.1 indifferenza (nessun effetto)
 - 16.2 attivazione (effetto emulazione, per cui gli astanti iniziano a lamentarsi, diventare violenti)
 - 16.3 disapprovazione (effetto rimprovero, per cui gli astanti biasimano il comportamento violento)
17. Quali azioni sono state intraprese verso la persona violenta? (anche più di una risposta affermativa):
- 17.1 Ha risolto autonomamente il caso disinnescando la violenza
 - 17.2 L'escalation di violenza è stata contenuta o risolta con l'intervento di altro collega infermiere
 - 17.3 Il paziente violento (o accompagnato dall'aggressore) è stato trattato prima e più velocemente rispetto gli altri pazienti
 - 17.4 l'aggressore si è allontanato da solo prima che venisse intrapresa qualsiasi azione
 - 17.5 l'aggressore è stato invitato ad allontanarsi dal servizio
 - 17.6 l'aggressore è stato gestito dalla vigilanza interna
 - 17.7 l'aggressore è stato gestito dalle forze dell'ordine
 - 17.8 l'aggressore è stato arrestato dalle forze dell'ordine
 - 17.9 l'aggressore è stato denunciato
 - 17.10 l'aggressore è stato ricoverato in reparto psichiatrico
 - 17.11 altro _____

17.12 nessuna

18. Quale risorse puoi immediatamente attivare in caso di episodio violento?(anche più di una risposta affermativa):

18.1 Operatore (altro collega, infermiere coordinatore) con funzioni di mediazione

18.2 Squadra di risposta rapida per i casi di violenza verso gli operatori

18.3 Addetti alla Vigilanza Interna/guardie giurate

18.4 Agenti del Posto fisso di polizia

18.5 altro _____

18.6 nessuna

Se ha risposto alla domanda 17) affermativamente (≠ nessuna)

18/a. Potrebbe indicare quando queste risorse sono attivabili?

17/a.1. sempre (h24; gg7/7)

17/a.2. solo nelle ore diurne

19. Quali di queste caratteristiche ambientali sono presenti nel suo PS? (anche più di una risposta affermativa):

19.1 vetri antiproiettile/antifondamento

19.2 postazione infermieristica chiusa

19.3 pulsante di allarme (allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia)

19.4 pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo

19.5 regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori

19.6 medicherie/box di trattamento chiudibili dall'interno

19.7 medicherie/box di trattamento con via di fuga

19.8 ingresso al PS tramite apertura controllata (e non porta automatica)

19.9 specchi per spazi/aree non visibili

19.10 pulsante panico/allarme silenzioso

19.11 telecamere di sicurezza/videosorveglianza

19.12 metal detector

- 19.13 segnaletica sulla non tolleranza della violenza (“Tolleranza Zero”)
- 19.14 pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori
- 19.15 Impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate
- 19.16 dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort
- 19.17 televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi
- 19.18 giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori
- 19.19 impianto sonoro con musica/filodiffusione
- 19.20 cartellonistica informativa multilingue
- 19.21 altro _____
- 19.22 nessuna

20. A chi ha segnalato l’episodio di violenza? (anche più di una risposta affermativa):

- 20.1 altro collega infermiere
- 20.2 all’infermiere coordinatore
- 20.3 al responsabile infermieristico dipartimentale
- 20.4 al dirigente infermieristico aziendale
- 20.5 al medico di guardia del PS
- 20.6 al direttore medico del PS
- 20.7 al servizio gestione rischio clinico aziendale
- 20.8 al posto fisso di polizia aziendale
- 20.9 alle forze dell'ordine/autorità giudiziaria
- 20.10 all’osservatorio nazionale eventi sentinella (Evento sentinella n.12)
- 20.11 agli uffici di direzione del personale aziendale
- 20.12 alla direzione sanitaria
- 20.13 all’INAIL
- 20.14 altro: _____
- 20.15 a nessuno

21. Nella sua Azienda esistono procedure/sistemi di segnalazione degli eventi aggressivi?

- 21.1 si
- 21.2 no

22. In che modo ha segnalato l'episodio? (anche più di una risposta affermativa):

- 22.1 Verbalmente
- 22.2 nota/relazione scritta
- 22.3 compilazione modulo generico di incident reporting
- 22.4 compilazione di una scheda specifica di segnalazione delle aggressioni
- 22.5 modulo ministeriale evento sentinella n.12
- 22.6 tramite referto medico del PS
- 22.7 tramite denuncia INAIL
- 22.8 altro _____
- 22.9 in nessun modo

23. Nella sua Azienda chi si occupa delle attività di contrasto alla violenza? (anche più di una risposta affermativa):

- 23.1 gli infermieri del servizio
- 23.2 l'infermiere coordinatore
- 23.3 il responsabile infermieristico dipartimentale
- 23.4 il dirigente infermieristico aziendale
- 23.5 il direttore medico del PS
- 23.6 il responsabile servizio gestione rischio clinico aziendale
- 23.7 il direttore sanitario
- 23.8 altro _____
- 23.9 nessuno

24. Ha svolto corsi di formazione sulla gestione della comunicazione difficile?

- 24.1 sì, periodicamente (ogni 2-3 anni)
- 24.2 sì, sporadicamente (> 4-5 anni)
- 24.3 no, nessuna formazione

25. Ha svolto corsi di formazione sulla gestione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari da parte di pazienti/accompagnatori?

- 25.1 sì, periodicamente (ogni 2-3 anni)
- 25.2 sì, sporadicamente (> 4-5 anni)
- 25.3 no, nessuna formazione

26. Quanto si sente in pericolo o a rischio di violenza durante il suo lavoro in Pronto Soccorso?

26.1 Moltissimo

26.2 Molto

26.3 Abbastanza

26.4 Poco

26.5 Per niente

27. Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale?

27.1 Moltissimo

27.2 Molto

27.3 Sufficientemente

27.4 Scarsamente

27.5 Per niente

28. Quanto si sente preparato a gestire la violenza fisica?

28.1 Moltissimo

28.2 Molto

28.3 Sufficientemente

28.4 Scarsamente

28.5 Per niente

29. A seguito degli episodi di violenza quali mozioni e/o sentimenti ha sperimentato? (anche più di una risposta):

29.1 ansia

29.2 paura

29.3 perdita di autostima

29.4 senso di fallimento/incompetenza professionale

29.5 inevitabilità (fa parte del lavoro)

29.6 sfiducia nell'istituzione aziendale

29.7 sfiducia nella dirigenza aziendale

29.8 sfiducia nel coordinatore infermieristico

29.9 vulnerabilità

29.10 senso di ingiustizia

29.11 rabbia

29.12 senso di colpa/vergogna

29.13 demotivazione

29.14 giustificazione della violenza quando è determinata da alcune patologie (es. trauma cranico, demenza senile, abuso alcolico)

30. A seguito degli episodi di violenza ha sostenuto delle spese? (anche più di una risposta affermativa):

30.1 per cure mediche

30.2 per spese legali

30.3 altro _____

30.4 nessuna

31. Quanto negativamente influisce l'esposizione a violenza sulla sua gratificazione lavorativa?

31.1 Moltissimo

31.2 Molto

31.3 Abbastanza

31.4 Poco

31.5 Per niente

32. Quanto negativamente influisce l'esposizione a violenza sulla sua motivazione lavorativa?

31.1. Moltissimo

31.2. Molto

31.3. Abbastanza

31.4. Poco

31.5. Per niente

33. A seguito di episodi di violenza ha desiderato di lasciare la professione?

33.1 Sempre, ogni volta che è successo

33.2 Molto spesso

33.3 A volte

33.4 Raramente

33.5 Mai

34. A seguito di episodi di violenza ha pensato di cambiare l'unità operativa presso la quale presta servizio?

34.1 Sempre, ogni volta che è successo

34.2 Molto spesso

34.3 A volte

34.4 Raramente

34.5 Mai

35. Ha inoltrato domanda di trasferimento a motivo di episodi di violenza?

35.1 Sì

35.2 No

36. Commenti liberi sul fenomeno della Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso:

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), 2002. Violence: Occupational Hazards in Hospitals. Department of Health and Human Services, pp. 2002–2101.

Allegato 2: questionario utilizzato nel presente studio

EMERGENZA NELL'EMERGENZA: Analisi della violenza contro gli Operatori Sanitari nei Pronto Soccorso Veneti

Buongiorno, sono Daniza Imposti, laureanda in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università degli Studi di Padova.

Vi ringrazio anticipatamente per il Vostro interesse nel partecipare a questa ricerca! Il seguente questionario è parte integrante di uno studio finalizzato alla mia tesi di laurea magistrale, il cui obiettivo è indagare la violenza rivolta agli Operatori Sanitari che lavorano nei Pronto Soccorso della regione Veneto.

La vostra partecipazione è estremamente preziosa per consentire una comprensione più approfondita di questo problema, che purtroppo rappresenta una sfida significativa per il settore sanitario. Le vostre risposte saranno trattate con la massima riservatezza e contribuiranno a fornire dati fondamentali per lo sviluppo di strategie mirate a proteggere gli Operatori Sanitari e a migliorare l'ambiente lavorativo nei Dipartimenti d'Emergenza-Urgenza.

Vi prego di rispondere in modo onesto e accurato, poiché ciò garantirà la validità e l'affidabilità dei risultati della ricerca. Se avete domande o dubbi, non esitate a contattarmi (daniza.imposti@studenti.unipd.it - cell. 3425612616)

Grazie ancora per la vostra partecipazione e il vostro prezioso contributo!

Ai fini del presente questionario è stata adottata la definizione di Violenza: **“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale contro persone che stanno svolgendo la propria attività lavorativa”**. (NIOSH)

La durata media di compilazione del questionario è di 10 minuti.

* Indica una domanda obbligatoria

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. *

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito “Codice Privacy”) e dell'art. 13 del Regolamento U n. 2016/679 (di seguito “GDPR 2016/679”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri sogget rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati da Lei forniti formeranno

oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata, a tutela della vostra riservatezza e vostri diritti.

Natura dei dati

I dati trattati sono essenzialmente dati personali e sensibili ovvero i dati definiti ex art. 9 del GDPR 2016/679 come “dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona”.

Finalità del trattamento

Il Trattamento dei Suoi/Vostri dati personali avverrà per le seguenti finalità: per motivi di ricerca scientifica.

Modalità del trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 3 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33- 36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Diritti dell'interessato

In qualità di interessato è riconosciuto l'esercizio di specifici diritti, tra cui, in particolare, quello di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione. Per motivi legittimi, inoltre, Lei potrà opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano. Il testo del suddetto articolo, contenente l'elenco completo dei diritti riconosciuti dalla Legge all'interessato, è ad ogni modo integralmente riportato in calce alla presente informativa.

Art. 7. D. Lgs. 196/2003 ed articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante

designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interess l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati tratta in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lett a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Contrassegna solo un ovale.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

2. Genere *

Contrassegna solo un ovale.

Maschio

Femmina

3. Età (anni) *

4. Anni di anzianità lavorativa? *

(anni di servizio complessivi)

5. Anni di servizio in Pronto Soccorso? *

(anni di servizio complessivo in Pronto Soccorso)

6. Ruolo attuale in Pronto Soccorso: *

7. Pronto Soccorso in cui lavora? *

Contrassegna solo un ovale.

- Azienda ULSS 1 - Dolomiti
- Azienda ULSS 2 - Marca Trevigiana
- Azienda ULSS 4 - Veneto Orientale
- Azienda ULSS 5 - Polesana
- Azienda ULSS 6 - Euganea
- Azienda ULSS 7 - Pedemontana
- Azienda ULSS 8 - Berica
- Azienda Ospedaliera di Padova

8. Quanti utenti circa all'anno accedono al suo Pronto Soccorso? *

Contrassegna solo un ovale.

- <25.000
- 25.000-50.000
- 50.000-75.000
- 75.000-100.000
- >100.000

9. Esistono modelli di risposta assistenziale alle urgenze minori nel suo Pronto Soccorso *
(anche più di una risposta)?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì, See and Treat
- Sì, Fast track
- No, nessuno
- Altro: _____

10. Ha mai assistito, ossia è stato testimone, di violenza verso suoi colleghi?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì, atti di violenza verbale
- Sì, atti di violenza fisica
- Sì, atti di violenza sia verbale che fisica
- No, mai

11. Negli ultimi 12 mesi, ha subito episodi di violenza da parte di un paziente o un accompagnatore?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì, verbale *Passa alla domanda 12.*
- Sì, fisica *Passa alla domanda 14.*
- Sì, sia verbale che fisica *Passa alla domanda 19.*
- No *Passa alla domanda 26.*

12. Quante volte all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi? (numero di episodi) *

13. Quale modalità di violenza verbale ha subito? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Scortesia/maleducazione
- Linguaggio volgare/con riferimenti sessuali
- Umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome) /disprezzo
- Interruzioni o non essere ascoltati/ignorati
- Minaccia di denunce/azioni legali
- Minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)
- Ricevere maledizioni e imprecazioni
- Grida/urla/rumoreggiamenti
- Commenti sarcastici
- Minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)

Passa alla domanda 26.

14. Quante volte all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi? (numero di episodi) *

15. Quale modalità di violenza fisica ha subito? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Morso
- Presa al collo/strangolamento
- Strattonamento
- Tirato/a per i capelli
- Colpito/a da una persona (pugni, schiaffi)
- Colpito/a da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)
- Preso/a a calci
- Pizzicato/a
- Spintonato/a
- Graffiato
- Violentato/a – stuprata
- Bersaglio di sputi
- Vomitato addosso volontariamente
- Accoltellamento
- Sparato/a

16. Quale parte del corpo è stata coinvolta? (anche più di una risposta) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Testa
- Faccia
- Collo
- Torace
- Addome
- Braccia
- Mani
- Spalle
- Schiena
- Fianchi/natiche
- Genitali
- Gambe
- Piedi

17. Che tipo di lesioni ha subito? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Graffi/abrasioni
- Contusioni/lividi/ematomi
- Distorsioni/distrazioni/strappi
- Esposizione a liquidi corporei
- Fratture
- Lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)

18. Quanti giorni di prognosi le sono stati dati per l'episodio di lesione più grave? (indichi i giorni di prognosi medica complessivi)

Passa alla domanda 26.

19. Quante aggressioni verbali, all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi? (numero di episodi)

20. Quante aggressioni fisiche, all'incirca, sempre in riferimento agli ultimi 12 mesi? (numero di episodi)

21. Quale modalità di violenza verbale ha subito? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Scortesia/maleducazione
- Linguaggio scurrile/con riferimenti sessuali
- Umiliazione/sminuizione/irriverenza (essere chiamato per nome)/disprezzo
- Interruzioni e non essere ascoltati/ignorati
- Minaccia di denunce/azioni legali
- Minaccia di violenza fisica (farsi avanti col corpo o gesti minacciosi)
- Ricevere maledizioni e imprecazioni
- Grida/urla/rumoreggiamenti
- Commenti sarcastici
- Minacce con armi proprie (pistole, coltelli) o improprie (forbici, siringhe, oggetti)

22. Quale modalità di violenza fisica ha subito? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Morso
- Stretta al collo/strangolamento
- Strattonamento
- Tirato per i capelli
- Colpito da una persona (pugni, schiaffi)
- Colpito da un oggetto (mobilio, attrezzature, presidi)
- Preso a calci
- Pizzicato
- Spintonato/a
- Graffiato/a
- Violentato/stuprato
- Bersaglio di sputi
- Vomitato addosso volotariamente
- Accoltellato
- Sparato

23. Quale parte del corpo è stata coinvolta? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Testa
- Faccia
- Collo
- Torace
- Addome
- Braccia
- Mani
- Spalle
- Schiena
- Fianchi/natiche
- Genitali
- Gambe
- Piedi

24. Che tipo di lesioni ha subito? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Graffi/abrasioni
- Contusioni/lividi/ematomi
- Distorsioni/distrazioni/strappi
- Esposizione a liquidi corporei
- Fratture
- Traumi chiusi
- Lacerazioni/tagli/punture (traumi aperti)

25. Quanti giorni di prognosi le sono stati dati per l'episodio di lesione più grave? (indichi i giorni di prognosi medica complessivi)

26. La persona violenta è stata? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Un paziente del Pronto Soccorso
- L'accompagnatore del Pronto Soccorso
- Un visitatore o un altro utente dell'Ospedale

27. Quali caratteristiche aveva o in che situazioni/contesti si presentava la persona violenta? (anche più di una risposta):

(pz = paziente)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Pz anziano con demenza/M. di Alzheimer
- Pz psichiatrico
- Pz agitato
- Pz affetto da trauma cranico
- Pz con intossicazione alcolica
- Pz sotto effetto di droga
- Pz in astinenza da droghe
- Pz sottoposto a contenzione fisica
- Pz minorenni o accompagnatore di pz pediatrico
- Pz o accompagnatore di pz in attesa prolungata
- Pz o accompagnatore di pz in PS affollato
- Pz o accompagnatore di pz che lamenta mancata presa in carico
- Pz o accompagnatore di pz che lamenta indifferenza da parte del personale sanitario
- Nessuna particolare caratteristica
- Altro: _____

28. In quale area del Pronto Soccorso è avvenuto l'episodio di violenza? (anche più di una risposta):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Ingresso
- Uscita
- Sala di aspetto generale
- Area accettazione
- Triage
- Medicheria/stanza visita medica
- Salette/zone di attesa interne
- Stanza di osservazione breve
- Stanza di contenzione/isolamento
- Sala emergenze
- Scale/ascensori/corridoi di servizio

29. Che tipo di attività stava svolgendo al momento della violenza? (anche più di una risposta): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Visita di triage
- Assistenza al paziente durante visita/osservazione
- Comunicazione cattive notizie
- Manovre di rianimazione
- Esecuzione di procedure invasive
- Contenzione fisica
- Trasferimento/trasporto paziente
- Altro: _____

30. Che tipo di relazione hanno avuto eventuali altri pazienti e accompagnatori presenti durante la violenza? (anche più di una risposta):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Indifferenza (nessun effetto)
- Attivazione (effetto emulazione, per cui gli astanti iniziano a lamentarsi, diventare violenti)
- Disapprovazione (effetto rimprovero, per cui gli astanti biasimano il comportamento violento)

31. Quali azioni sono state intraprese verso la persona violenta? (anche più di una risposta affermativa):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Ha risolto autonomamente il caso disinnescando la violenza
- L'escalation di violenza è stata contenuta o risolta con l'intervento di altro collega infermiere
- Il paziente violento (o accompagnato dall'aggressore) è stato trattato prima e più velocemente rispetto gli altri pazienti
- L'aggressore si è allontanato da solo prima che venisse intrapresa qualsiasi azione
- L'aggressore è stato invitato ad allontanarsi dal servizio
- L'aggressore è stato gestito dalla vigilanza interna
- L'aggressore è stato gestito dalle forze dell'ordine
- L'aggressore è stato arrestato dalle forze dell'ordine
- L'aggressore è stato denunciato
- L'aggressore è stato ricoverato in reparto psichiatrico
- Nessuna
- Altro: _____

32. Quali risorse puoi immediatamente attivare in caso di episodio violento? (anche più di una risposta affermativa):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Operatore (altro collega, infermiere coordinatore) con funzioni di mediazione
- Squadra di risposta rapida per i casi di violenza verso gli operatori
- Addetti alla Vigilanza Interna/guardie giurate
- Agenti del Posto fisso di polizia
- Nessuna
- Altro: _____

33. Potrebbe indicare quando queste risorse sono attivabili? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sempre (h24; gg 7/7)
- Solo nelle ore diurne
- Nessuna

34. Quali di queste caratteristiche ambientali sono presenti nel suo PS? (anche più di una risposta affermativa):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Vetri antiproiettile/antisfondamento
- Postazione infermieristica chiusa
- Pulsante di allarme (allertamento vigilanza interna o posto fisso di polizia)
- Pseudonimo/codice di chiamata per utente aggressivo
- Regolamentazione/limitazioni accesso dei visitatori/accompagnatori
- Medicherie/box di trattamento chiudibili dall'interno
- Medicherie/box di trattamento con via di fuga
- Ingresso al PS tramite apertura controllata (e non porta automatica)
- Specchi per spazi/aree non visibili
- Pulsante panico/allarme silenzioso
- Telecamere di sicurezza/videosorveglianza
- Metal detector
- Segnaletica sulla non tolleranza della violenza ("Tolleranza Zero")
- Pass/cartellino identificativo per i visitatori/accompagnatori
- Impianto di illuminazione che non lasci zone in ombra o poco illuminate
- Dispensatori di bevande, cibo, beni di comfort
- Televisori/schermi video informativi e/o programmi televisivi
- Giornali/riviste/libri a disposizione degli utenti/accompagnatori
- Impianto sonoro con musica/filodiffusione
- Cartellonistica informativa multilingue
- Nessuna
- Altro: _____

35. A chi ha segnalato l'episodio di violenza? (anche più di una risposta affermativa): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Altro collega (infermiere - oss - medico)
- All'infermiere coordinatore
- Al responsabile infermieristico dipartimentale
- Al dirigente infermieristico aziendale
- Al medico di guardia del PS
- Al direttore medico del PS
- Al servizio gestione rischio clinico aziendale
- Al posto fisso di polizia aziendale
- Alle forze dell'ordine/autorità giudiziaria
- All'osservatorio nazionale eventi sentinella (Evento sentinella n.12)
- Agli uffici di direzione del personale aziendale
- Alla direzione sanitaria
- All'INAIL
- A nessuno
- Altro: _____

36. Nella sua Azienda esistono procedure/sistemi di segnalazione degli eventi aggressivi? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

37. In che modo ha segnalato l'episodio? (anche più di una risposta affermativa): *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Verbalmente
- Nota/relazione scritta
- Compilazione modulo generico di incident reporting
- Compilazione di una scheda specifica di segnalazione delle aggressioni
- Modulo ministeriale evento sentinella n.12
- Tramite referto medico del PS
- Tramite denuncia INAIL
- In nessun modo
- Altro: _____

38. Nella sua Azienda chi si occupa delle attività di contrasto alla violenza? (anche più di una risposta affermativa):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Gli infermieri del servizio
- L'infermiere coordinatore
- Il responsabile infermieristico dipartimentale
- Il dirigente infermieristico aziendale
- Il direttore medico del PS
- Il responsabile servizio gestione rischio clinico aziendale
- Il direttore sanitario
- Nessuno
- Altro: _____

39. Ha svolto corsi di formazione sulla gestione della comunicazione difficile? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì, periodicamente (ogni 2-3 anni)
- Sì, sporadicamente (> 4-5 anni)
- No, nessuna formazione

40. Quanto si sente in pericolo o a rischio di violenza durante il suo lavoro in Pronto Soccorso? *

Contrassegna solo un ovale.

- Moltissimo
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

41. Quanto si sente preparato a gestire la violenza verbale? *

Contrassegna solo un ovale.

- Moltissimo
- Molto
- Sufficientemente
- Scarsamente
- Per niente

42. Quanto si sente preparato a gestire la violenza fisica? *

Contrassegna solo un ovale.

- Moltissimo
- Molto
- Sufficientemente
- Scarsamente
- Per niente

43. A seguito degli episodi di violenza quali emozioni e/o sentimenti ha sperimentato? (anche più di una risposta):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Ansia
- Paura
- Perdita di autostima
- Senso di fallimento/incompetenza professionale
- Inevitabilità (fa parte del lavoro)
- Sfiducia nell'istituzione aziendale
- Sfiducia nella dirigenza aziendale
- Sfiducia nel coordinatore infermieristico
- Vulnerabilità
- Senso di ingiustizia
- Rabbia
- Senso di colpa/vergogna
- Demotivazione giustificazione della violenza quando è determinata da alcune patologie (es. traum cranico, demenza senile, abuso alcolico)

44. A seguito degli episodi di violenza ha sostenuto delle spese? (anche più di una risposta affermativa):

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Per cure mediche
- Per spese legali
- Nessuna
- Altro: _____

45. Quanto negativamente influisce l'esposizione a violenza sulla sua gratificazione lavorativa? *

Contrassegna solo un ovale.

- Moltissimo
- Molto
- Poco
- Per niente

46. Quanto negativamente influisce l'esposizione a violenza sulla sua motivazione lavorativa? *

Contrassegna solo un ovale.

- Moltissimo
- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

47. A seguito di episodi di violenza ha desiderato di lasciare la professione? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sempre, ogni volta che è successo
- Molto spesso
- A volte
- Raramente
- Mai

48. A seguito di episodi di violenza ha pensato di cambiare l'Unità Operativa presso quale presta servizio?

Contrassegna solo un ovale.

- Sempre, ogni volta che è successo
- Molto spesso
- A volte
- Raramente
- Mai

49. Ha inoltrato domanda di trasferimento a motivo di episodi di violenza? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì
- No

50. **Commenti liberi sul fenomeno della Violenza verso gli Operatori Sanitari di Pronto Soccorso:**

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli

Allegato 3: informativa e consenso della privacy

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1.*

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.

Natura dei dati

I dati trattati sono essenzialmente dati personali e sensibili ovvero i dati definiti ex art. 9 del GDPR 2016/679 come "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

Finalità del trattamento

Il Trattamento dei Suoi/Vostri dati personali avverrà per le seguenti finalità: per motivi di ricerca scientifica.

Modalità del trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33- 36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Diritti dell'interessato

In qualità di interessato è riconosciuto l'esercizio di specifici diritti, tra cui, in particolare, quello di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, la rettificazione o la cancellazione. Per motivi legittimi, inoltre, Lei potrà

opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano. Il testo del suddetto articolo, contenente l'elenco completo dei diritti riconosciuti dalla Legge all'interessato, è ad ogni modo integralmente riportato in calce alla presente informativa.

Art. 7. D. Lgs. 196/2003 ed articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Contrassegna solo una sola casella.

- ACCONSENTO
- NON ACCONSENTO

